กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal
(HPC10Journal)

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2

เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ.2568
Vol. 13 No. 2 July - December 2025
ISSN 3088-2095 (Online)

วิสัยทัศน์ (Vision)

"องค์กรนำสมรรถนะสูงที่เป็นเลิศในการสร้างสรรค์ความรู้ และนวัตกรรม รวมพลังภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยตนเองอย่างยั่งยืน"

"The high-performance organization that excellence in the creation of knowledge and innovation. Join forces with network partners to promote health promotion and environmental health. So that people have good health with themselves and sustainably"

พันธกิจ (MISSION)

" ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้และดูภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือและกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน"

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2568

Vol. 13 No.2 July-December 2025

ISSN 3088-2095 (Online)

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมด้านการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโภชนาการ อาชีวอนามัย รวมทั้งงานวิจัยสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ของบุคลากรทั้งภายในและภายนอกศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กำหนดการออกวารสาร:

ออกปีละ 2 ฉบับ ได้แก่

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2568

Vol. 13 No.2 July-December 2025

ISSN 3088-2095 (Online)

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา	นพ.สุทัศน์ ไชยยศ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ดร.นิธิศ ธานี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมชนก
	รศ.ดร.เมรีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.กิตติ เหลาสุภาพ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.นิยม จันทร์นวล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ภก.ประสิทธิชัย พูลผล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.กุลธิดา กุลประฑีปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก
	ผศ.ดร.กุลชญา ลอยหา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.กชพงศ์ สารการ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
	ดร.ทิวากร พระไชยบุญ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผศ.ดร.นครินทร์ ประสิทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ดร.กฤษณะ อุ่นทะโคตร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ดร.กรกวรรษ ดารุนิกร	โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ทพญ.กานต์สิริ โตโพธิ์ไทย	สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย
	ดร.สุภารัตน์ ทับโพธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน	นายศตวรรษ ศรีพรหม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางจุฬาพร ธานี	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวปิยนุช พันธ์ศิริ	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	ดร.เจนวิทย์ ศรพรหม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	ดร.ดาริกา เพิ่มพร	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวมนฤดี แสงวงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวศศิธร บุญสุข	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวเดือนธิดา ศรีเสมอ	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal

ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2568

Vol. 13 No.2 July-December 2025

ISSN 3088-2095 (Online)

คณะผู้จัดทำ

บรรณาธิการ	นายศตวรรษ ศรีพรหม	ผู้ช่วยผู้อำนวยการภารกิจด้านวิจัยและบริการวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.เจนวิทย์ ศรพรหม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวศิริลักษณ์ บุดดีพันธุ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
กองบรรณาธิการวิชาการ	นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	รศ.ดร.เมรีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.นิยม จันทร์นวล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.นิธิศ ธานี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมชนก
	ผศ.ดร.กุลธิดา กุลประฑีปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก
	ผศ.ดร.กุลชญา ลอยหา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.กชพงศ์ สารการ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผู้จัดทำ	ดร.เจนวิทย์ ศรพรหม	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวศิริลักษณ์ บุดดีพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

สำนักงาน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมาร์ค ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
โทรศัพท์ 045-251268

เว็บไซต์ https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
การเสนอผลงานตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของนักวิชาการ นักวิจัย ผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ โดยเนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป กำหนดการออกวารสารปีละ 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม รูปแบบ E-Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีของนักวิชาการ นักวิจัย และภาคีเครือข่ายสุขภาพ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

1. เป็นผลงานวิชาการในสาขาส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้องเขียนด้วยภาษาไทย
2. เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
3. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์ (คน) หรือในสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองแล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”
4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาประเมินผลงานวิชาการแล้ว
5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
6. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตามที่ประกาศ

ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความวิชาการ (Academy articles)
3. บทความปริทัศน์ (Review article)

การพิจารณาบทความ (Peer review process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสาขาที่เกี่ยวข้อง ประเภทบทความวิจัย และประเภทบทความวิชาการ จำนวน 3 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบสองทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงวุฒิ ตั้งแต่ 30 เมษายน 2568 ยกเว้นประเภทบทความปริทัศน์ จำนวน 1 ท่านต่อ 1 บทความ

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดและลักษณะอักษรกำหนดตามตารางที่ 1 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) การจัดแนวข้อความใช้กระจายแบบไทยและชิดซ้าย พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ **A4** โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 2.54 ซม. ล่าง 2.54 ซม. ขวา 2.54 ซม. และซ้าย 2.54 ซม. รวมอ้างอิงต้องไม่เกินจำนวนตามที่กำหนดของแต่ละประเภทบทความ และการใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ และอักษรตัวแรก

2. บทความที่จะตีพิมพ์

2.1 บทความวิจัย (Research article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เนื้อหารวมเอกสารอ้างอิงจำนวนไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์ ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม โดยให้ใส่เครื่องหมาย [1, 2, 3] ตามลำดับ และใส่ดอกจันทร์ (*) หลังชื่อผู้รับผิดชอบหลักบทความ 1 ท่าน เช่น [1*] เป็นต้น พร้อมทั้ง ส่วนท้ายกระดาษให้ระบุ ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัดของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ สำหรับผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) ให้ระบุ e-mail ด้วยดอกจันทร์ (*) กรุณาศึกษาเพิ่มเติมจากไฟล์ตัวอย่าง

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 350 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำภาษาไทย ภาษาอังกฤษ แต่ละภาษาจำนวนไม่ควรเกิน 5 คำ

<u>เนื้อหาของบทความวิจัย</u> ประกอบด้วย

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
2.วัตถุประสงค์การวิจัย
3.คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
4.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ถ้ามี)
5.วิธีการดำเนินการวิจัย
    5.1รูปแบบการวิจัย
    5.2ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
    5.3การคำนวณขนาดตัวอย่าง (ถ้ามี)
    5.4การสุ่มขนาดตัวอย่าง (ถ้ามี)
    5.5เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
    5.6การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย
    5.7การเก็บรวบรวมข้อมูล
    5.8การวิเคราะห์ข้อมูล
    5.9การพิจารณาด้านจริยธรรม (ถ้ามี)
6.ผลการวิจัย

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10Journal

7.สรุปและอภิปรายผล
8.จุดแข็ง จุดอ่อน (ถ้ามี)
9.ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)
10.ข้อเสนอแนะ
10.1ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้
10.2ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป
11.เอกสารอ้างอิง

รายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วม ชื่อ นามสกุล (ไม่ใช้คำย่อและคำนำหน้า) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ส่วนท้ายกระดาษระบุ ตำแหน่ง หน่วยงานสังกัด และ อีเมล ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ เขียนเป็นภาษาไทยร้อยแก้ว ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ผลการศึกษา สรุปและข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย การศึกษาค้นคว้า ที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึง รูปแบบการวิจัย วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ การพิจารณาด้านจริยธรรม (ถ้ามี)

ผลการวิจัย อธิบายผลที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ตารางไม่ควรเกิน 5 ตาราง และรูปภาพ เป็นประเภท JPAG ความละเอียดอย่างน้อย 300 DPI

สรุป และอภิปรายผล ควรเขียนสรุปให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ควรเขียนอภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

จุดแข็ง จุดอ่อน (ถ้ามี)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอที่นำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์
หรือข้อเสนอที่นำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงบริหาร/เชิงนโยบาย
ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบตัวเลข (The numerical arrangement system) ตามระบบแวนคูเวอร์ คือ ใส่ตัวเลขยกกำกับไว้ท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างถึงข้อความในบทความ โดยใช้

หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก ตัวอย่าง[1] และเรียงต่อไปตามลำดับที่มีการอ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงเอกสารซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

2.2 บทความวิชาการ (Academy articles) ได้แก่ บทความวิชาการ ถอดบทเรียน เรื่องที่กำลังเป็นที่สนใจของมวลชนเป็นพิเศษ เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล วิทยาศาสตร์การแพทย์ สาธารณสุข ที่เป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะใช้การวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ความยาวรวมไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์ ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม โดยให้ใส่เครื่องหมาย [1, 2, 3] ตามลำดับ และใส่ดอกจันทร์ (*) หลังชื่อผู้รับผิดชอบหลักบทความ 1 ท่าน เช่น [1*] เป็นต้น พร้อมทั้ง ส่วนท้ายกระดาษให้ระบุ ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัดของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ สำหรับผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) ให้ระบุ e-mail ด้วยดอกจันทร์ (*) กรุณาศึกษาเพิ่มเติมจากไฟล์ตัวอย่าง

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 350 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำภาษาไทย ภาษาอังกฤษ แต่ละภาษาจำนวนไม่ควรเกิน 5 คำ

ส่วนท้ายกระดาษหน้าแรกระบุ ตำแหน่ง หน่วยงานสังกัด และ อีเมล

1.บทนำ ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่อง

2.เนื้อหา นำเสนอข้อมูลวิชาการในเชิงการวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือนำเสนอแนวคิดใหม่โดยอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิงและเหตุผลพิสูจน์ได้

3.บทสรุป สรุปแนวคิดที่ได้จากบทความ รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อมูลจากบทความนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการและเชิงวิชาการ

4.เอกสารอ้างอิง รวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้ค้นคว้าอ้างอิงประกอบบทความโดยใช้รูปแบบแวนคูเวอร์

2.3 บทความปริทัศน์ (Review article) ได้แก่ บทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์รวมถึงวิจารณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ คำสำคัญ เนื้อหา สรุปผล เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ส่วนท้ายกระดาษหน้าแรกระบุ ตำแหน่ง หน่วยงานสังกัด และ อีเมล ความยาวรวมไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

ตารางที่ 1 ขนาดและลักษณะของตัวอักษร TH SarabunPSK กระจายแบบไทยสำหรับบทความตีพิมพ์

ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ	ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ
ชื่อเรื่อง	18	ตัวหนา/กึ่งกลาง	คำสำคัญ	16	ตัวปกติ
ชื่อผู้เขียน	14	ตัวปกติ/ชิดขวา	หัวข้อหลัก	16	ตัวหนา
สังกัด	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	หัวข้อรอง	16	ตัวหนา
e-mail	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	เนื้อหา	16	ตัวปกติ
บทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	เอกสารอ้างอิง	16	ตัวปกติ
เนื้อหาในตาราง	14-16	ตัวปกติ	กล่องข้อความ	14-16	ตัวปกติ

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และเอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

3.2 การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้การอ้างอิงแบบระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

3.2.1 การอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา ระบบแวนคูเวอร์ การอ้างอิงจะเขียนตามหลังข้อความหรือชื่อเจ้าของบทความ หน่วยงาน รวมถึงองค์กร ที่ได้มีการอ้างอิงจะใส่ตัวเลขอารบิคในวงเล็บต่อท้ายและเป็นตัวยกโดยจะเริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 ในการอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับที่ได้มีการอ้างอิงไว้ **ตัวอย่าง**[1] สำหรับกรณีการอ้างอิงซ้ำ เลขการอ้างอิงให้ใช้เลขลำดับเดิมที่ได้ระบุไว้ ส่วนการอ้างอิงท้ายบทความนั้น จะจัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงที่ได้ระบุไว้ในเนื้อหาของบทความ

ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

กรมอนามัย เป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาล ระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี[1]

3.2.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำราทั้งเล่ม

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.

Number. Author. Title of the book. Edition. Place of Publication: Publisher; Year.

ตัวอย่าง

1. รังสรรค์ ปัญญาธัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.
2. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

3.2.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก–หน้าสุดท้าย

Number. Author. Title of a chapter. In: editor(s). Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; Year. p. First page-last page.

ตัวอย่าง

1. ประสงค์ ตู้จินดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริปุณย์ อุรพล บุญประกอบ. บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

3.2.4 การอ้างอิงบทความในวารสาร

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;เล่มที่ของวารสาร(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

Number. Author. Title of the article. Title of the Journal Year;Volume(Issue):First page-last page.

ตัวอย่าง

1. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361(2):298-9.

2. จริญา เลิศอรรฆยมณี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ต้นติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒทีพรรณี วรกิจโภคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85(1):1288-95.

3.2.5 ตัวอย่างการอ้างอิงอื่นๆ

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันในส่วนที่เป็น ชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

3.2.6 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

หมายเลข. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

Number. Author. Title of the article [Type/Degree level]. Place of publication: University; Year.

ตัวอย่าง

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมพ์โฟซัยที่เพาะเลี้ยง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533.
2. Cairina RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen [Dissertation]. Berkeley: University of California; 1995.

3.2.7 การอ้างอิงเอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานจัดทำรายงาน

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง/บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน. หน่วยงานผู้จัดทำรายงาน.

Number. Author/Editor. Title of the article. Place of Publication: Publisher; Year. Number. Agency.

ตัวอย่าง

1. Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

3.2.8 อ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้ใช้รูปแบบตามประเภทของเอกสารดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่เพิ่มข้อมูลบอกประเภทของวัสดุหรือเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่(ฉบับที่): [หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ]. เข้าถึงได้จาก: http://

Number. Author. Title of the article. Title of the Journal [Internet]. Year [cited Y M D];Volume(Issue):[About screen]. Available from: http://.....

ตัวอย่าง

3.2.8.1 การอ้างอิงวารสารอินเทอร์เน็ต

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10 Journal

1. นวลลออ จุลพุ์ปสาสน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm
2. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier—Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466

3.2.8.2 การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/Web site)

1. Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: http://www.cancer-pain.org/.

3.2.9 หลักการอ้างอิงชื่อผู้แต่ง

1) ผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ลงชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง (ถ้ามี) และใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นชื่อสกุลและอักษรย่อของชื่อต้นกับชื่อกลาง เช่น Reynolds, F.E.

2) ผู้แต่งชาวไทย ให้ลงชื่อก่อน แล้วตามด้วยนามสกุล เช่น เปลื้อง ณ นคร ในกรณีที่เขียนเอกสารเป็นภาษาต่าง ประเทศ อาจใช้แนวทางเดียวกันกับผู้แต่งชาวต่างประเทศได้

3) ผู้แต่งชาวไทยมีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ ให้พิมพ์ชื่อ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และฐานันดรศักดิ์หรือบรรดาศักดิ์ เช่น ธรรมศักดิ์มนตรี, เจ้าพระยา ไม่ใส่ยศทางทหาร ตำรวจ หรือตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ

4) ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) โดยใช้คำว่า **"และ"** (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า **",and"** (สำหรับภาษาอังกฤษ) ถ้าผู้แต่งตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

5) ผู้แต่ง 7 คน ขึ้น ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย และคณะ (สำหรับภาษาไทย) หรือ et al.(สำหรับภาษาอังกฤษ)

6) ผู้แต่งเป็นสถาบัน ให้เขียนกลับคำนำหน้า ถ้าเป็นหน่วยงานรัฐบาล อย่างน้อยต้อง**อ้างถึงระดับกรม** และ**อ้างถึงหน่วยงานระดับสูงก่อน** เช่น สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค.

7) ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างถึงหนังสือทั้งเล่ม ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า **"บรรณาธิการ"** (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า **"ed."** หรือ **"eds."** แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์ และจารุมา อัชกุล, บรรณาธิการ. หรือ Forbes, S. M., ed.

4. การส่งบทความต้นฉบับ

4.1 ส่งต้นฉบับบทความในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิคขนาด A4 ประเภท Microsoft word เท่านั้น

4.2 ส่งเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในรูปแบบเอกสารอิเล็กทรอนิคขนาด A4 ประเภท PDF

4.3 ภาพประกอบ หากเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว หากเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรือภาพสีขนาดโปสการ์ด การเขียนคำอธิบายภาพให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ และกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ที่ถูกต้อง

4.4 เส้นตารางขนาด 1/2pt

4.5 การส่งบทความต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ ให้ระบุที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับผิดชอบหลักด้วย

4.6 ให้ระบุชื่อผู้แต่งบทความทุกคนพร้อมอีเมล์ในระบบ ThaiJo โดยเรียงลำดับตามการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนการส่งไฟล์ เรียงลำดับการ Upload file ดังนี้

1. ไฟล์เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย (ถ้ามี) เลือกเป็น Other–> เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย
2. ไฟล์ภาพประกอบ หรือไฟล์อื่นๆ (ถ้ามี) เลือกเป็น Other--> ไฟล์อื่นๆ
3. บทความต้นฉบับ ประเภทไฟล์ Microsoft word เท่านั้น โดยเลือกเป็น ไฟล์บทความ

วิธีการส่งบทความในระบบออนไลน์

โดยเข้าใช้ระบบวารสารออนไลน์ ThaiJo พร้อมสมัครสมาชิกวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และเลือกเมนู **การส่งบทความ --> เริ่มการส่งบทความเรื่องใหม่** ที่
https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal/about/submissions
ขั้นตอนและตัวอย่างแบบฟอร์มการส่งบทความ สามารถดาวน์โหลดได้ที่
https://drive.google.com/drive/folders/1fFXSDLa4ve_FetKczO_IkAPafulSc5sc?usp=sharing

5. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

5.1 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี (บทความวิจัย/บทความวิชาการ) มีรายละเอียดดังนี้

1.1 อัตราค่าธรรมเนียมสำหรับบุคลากรภายในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี บทความละ 2,000 บาท

1.2 อัตราค่าธรรมเนียมสำหรับบุคคลภายนอก บทความละ 3,500 บาท

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
   นายเจนวิทย์ ศรพรหม โทรศัพท์: 045-251-266
2. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
   นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ โทรศัพท์: 045-251-266
3. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
   นางสาวศิริลักษณ์ บุดดีพันธ์ โทรศัพท์: 045-251-266

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

คำนิยม

การวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้าง "สุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดี" (Good Health and Well-being) และการจัดการ "การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ" (Climate Action) การตระหนักถึงองค์ความรู้และนวัตกรรมย่อมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเป็นรากฐานสำคัญในการยกระดับงานสาธารณสุข และเสริมสร้างขีดความสามารถของนักวิจัยและผู้ที่สนใจในทุกระดับ การเผยแพร่ผลงานจึงมิใช่เพียงการรายงานผล แต่เป็นการจุดประกายให้เกิดการนำองค์ความรู้และนวัตกรรมไปประยุกต์ใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในพื้นที่จริง

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีฉบับนี้ นับเป็นแหล่งรวมบทความที่มีคุณค่าและหลากหลาย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นตั้งใจของนักวิจัยในการสร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่ตอบโจทย์ความท้าทายด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ทุกบทความที่ผ่านกระบวนการพิจารณาอย่างเข้มงวด เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพทางวิชาการ ความถูกต้อง และการนำไปใช้ประโยชน์ วารสารนี้จึงเป็นเสมือน 'ห้องสมุดความรู้' ที่สามารถเชื่อมโยงแนวคิดเชิงวิชาการเข้ากับการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้าพเจ้าขอแสดงความชื่นชมและขอบคุณคณะบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิจัยทุกท่าน ที่ได้ทุ่มเททั้งสติปัญญาและแรงกายใจในการจัดทำวารสารฉบับนี้จนประสบความสำเร็จด้วยมาตรฐานทางวิชาการที่เป็นเลิศ วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีฉบับนี้ จะเป็น 'แรงขับเคลื่อนสำคัญ' ในการพัฒนาวิชาชีพและการสร้างสรรค์นวัตกรรมด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป พร้อมเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญและเป็นแรงบันดาลใจให้เกิดความร่วมมืออย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยทุกคน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10 Journal

นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ธันวาคม 2568

บทบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้นำเสนอวารสารฉบับล่าสุด ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 ซึ่งยังคงมุ่งมั่นเป็นแหล่งเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมที่ทันสมัยในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง วัตถุประสงค์หลักของเราคือการส่งมอบบทความวิจัยคุณภาพสูงที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง เพื่อยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 และภูมิภาคอื่น ๆ โดยวารสารยังคงเผยแพร่ในรูปแบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal) ผ่านทางเว็บไซต์หลักของวารสาร

สำหรับวารสารฉบับนี้ ได้รวบรวมบทความวิจัยที่มีความหลากหลายและตอบสนองต่อประเด็นสำคัญด้านสุขภาพในปัจจุบัน ในประเด็นที่ครอบคลุมตั้งแต่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การใช้ระบบดิจิทัลในการจัดการสุขภาพ ไปจนถึงการดูแลกลุ่มประชากรเฉพาะและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ

กองบรรณาธิการ ฯ ขอขอบพระคุณนักวิจัย ผู้ประเมินบทความ (Reviewers) และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบและประเมินคุณภาพบทความอย่างเข้มข้น ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้วารสารของเรามีมาตรฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ

เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความที่นำเสนอในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้ปฏิบัติงานทุกท่าน ในการนำองค์ความรู้ไปใช้ในการพัฒนางานและสร้างสรรค์นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบของท่านต่อไป ขอขอบพระคุณที่ท่านได้ให้ความสนใจและติดตามวารสารของเราอย่างสม่ำเสมอ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

นายศตวรรษ ศรีพรหม
บรรณาธิการ
ธันวาคม 2568

สารบัญ

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ จ

คำนิยม ฐ

บทบรรณาธิการ ฑ

บทความวิจัย

- ความรู้ บริบทและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี 1-17
  ณัฐพล ปัญญา, มณฑิชา รักศิลป์, วิลาวัณย์ ชาดา
- ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีความสัมพันธ์ กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอำนาจเจริญ 18-30
  คุนัญญา สอดสี, ณัฐณิชา พรทิพย์, ปานธีร์สุดา ดีมา, ศิริพร ศิริกัญญาภรณ์, กรกวรรษ ดารุนิกร, มงคลฤทธิ์ มณีเลิศ
- ลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ 31-44
  อารียา ภูขันสูง, นพรัตน์ เสนาฮาด
- ความรอบรู้และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 45-57
  บุญชัย ภาละกาล, ณัฐพร คนไว, นิรัชพร สีงาม, บุษบา สิงห์แจ่ม, ประกายดาว ทานะวิโรจน์, ปราณปริยา ชาวน่าน
- การพัฒนารูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 58-73
  ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, มนฤดี แสงวงษ์, ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์, ศศิธร บุญสุข, รัชดาพร จันทบุตร, จิรนันท์ เจริญผล
- สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิ 74-89
  เทพฤทธิ์ ฤทธิ์ไธสง, นพรัตน์ เสนาฮาด
- การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้ LINE official 90-104
  พรรณปพร ภาละกาล, วิษณุ จันทร์สด

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC 10 Journal

สารบัญ

บทความปริทัศน์

- สุขภาพช่องปากของแม่: พื้นฐานสำคัญสำหรับสุขภาพลูกในครรภ์ 105-108
  กานต์สิริ โตโพธิ์ไทย, เจนวิทย์ ศรพรหม, สิริรัตน์ วีระเดช

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี 109-121
  ชนิสรา เครือไชย, จุฬาพร ธานี, อุไลวรรณ์ ไขสังเกต, กุลชญา ลอยหา
- การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล นโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 122-136
  กิตติพศ ดำบรรพ์, เจนวิทย์ ศรพรหม
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ 137-152
  อังคณารัชต์ แก้วแสงใส, ทองมี ผลาผล
- ผลของรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ 153-168
  จันทิมา ทองอ่อน, ชนาพร ฉิมมะลี, เมชาวี ทรัพย์สมบัติ, ระพีพันธ์ วงศ์สิทธิ์, อรรถพงษ์ ฤทธิทิศ, กรกวรรษ ดารุนิกร
- การพัฒนาแนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากหมอกควันในจังหวัดมุกดาหาร 169-183
  จันทิมา ทองอ่อน, ชนาพร ฉิมมะลี, เมชาวี ทรัพย์สมบัติ, ระพีพันธ์ วงศ์สิทธิ์, ศราวุธ ทองเฟื่อง

บทความวิชาการ

- การบูรณะช่องปากและใบหน้าในผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ร่วมกับการใช้เครื่องสแกนในช่องปาก: รายงานผู้ป่วย 184-197
  อรัญญา สายพันธ์

กรมอนามัย
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

บทความวิจัย

ความรู้ บริบทและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ณัฐพล ปัญญา[1*], มณฑิชา รักศิลป์[2*] และ วิลาวัณย์ ชาดา[3]

(วันรับบทความ 24 เมษายน 2568, วันแก้ไขบทความ 2 สิงหาคม 2568 วันตอบรับบทความ 22 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้ บริบท และความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 327 คน ซึ่งได้จากการคำนวณตามตาราง Krejcie & Morgan โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ชนิดสัดส่วน โดยแบ่งจำนวนตัวอย่างแต่ละพื้นที่ด้วยการสุ่มจับฉลาก เก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 ด้วยแบบสอบถามและซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ค่า KR-20=0.72) ทุกข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.4 โดยมีถึงร้อยละ 15.9 ที่มีความรู้ระดับต่ำ แม้ว่าอสม.จะมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยก็ตาม และร้อยละ 46.2 ยังคงขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมไปถึง อสม. มีความต้องการเร่งด่วนในการอบรมพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 65.1 หลักโภชนาการ ร้อยละ 56.9 การออกกำลังกาย ร้อยละ 45.0 รวมถึงทักษะการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ร้อยละ 83.2 นอกจากนี้ ยังต้องการทรัพยากรสนับสนุน เช่น เครื่องวัดน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 80.7 และคู่มือสำหรับผู้ป่วย ร้อยละ 52.6

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความรู้บริบทความต้องการ

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี
[2,3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: nattaponpabya@gmail.com , monthicha.r@ubru.ac.th

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

Research Article

Knowledge, Context, and Needs of Village Health Volunteers in Providing Care for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Trakarn Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province

Nattapon Panya[1*], Monthicha Raksilp[2*] and Wilawun Chada[3]

(Received: April 24 2025; Revised: August 2 2025; Accepted: August 22 2025)

Abstract

This descriptive study aimed to investigate the knowledge, context, and specific needs of Village Health Volunteers (VHVs) concerning the care of patients with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) in Trakarn Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province. The study utilized a sample of 327 VHVs, determined using the Krejcie and Morgan table. Sampling was conducted using proportional stratified random sampling, with the sample size for each sub-area was selected using the lottery method. Data collection was performed between December 2024 and May 2025 using a questionnaire. The questionnaire's content validity was verified by three experts, with the Index of Content Validity (ค่า KR-20=0.72. The reliability of the overall instrument was established at 0.92. Data were analyzed using percentages, mean, and standard deviation.

The study findings revealed that the majority of VHVs (54.4%) possessed a moderate level of knowledge regarding Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM), with a significant proportion (15.9%) showing a low level of knowledge, despite their experience in patient care. Furthermore, 46.2% of VHVs reported a lack of necessary knowledge and skills required to provide appropriate patient counseling. Crucially, the VHVs expressed urgent needs for capacity development training, particularly in: monitoring complications (65.1%), nutritional principles (56.9%), exercise (45.0%), and problem-solving skills for patients with uncontrolled blood sugar (83.2%). Additionally, they requested supporting resources such as blood glucose meters (80.7%) and patient handbooks (52.6%).

Keywords: Village Health Volunteers, Type 2 Diabetes Mellitus, Knowledge, Working Context, Needs

[1] Practitioner Public Health Officer Trakan Phuet Phon Hospital, Ubon Ratchathani Province
[2,3] Assistant Professor Ubon Ratchathani Rajabhat University
* Corresponding author Email: nattaponpabya@gmail.com , monthicha.r@ubru.ac.th

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่สำคัญระดับโลก ในปี พ.ศ.2565 International Diabetes Federation (IDF) รายงานว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] ผลกระทบจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจำนวนมากทั่วโลกเฉลี่ย 6.7 ล้านคน ต่อปี[2] ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานสะสม 3.3 ล้านคน และผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 6.5 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 1 ใน 10 ของประชากรไทย โดยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดย ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วย โรคเบาหวานยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[3] สถานการณ์ในจังหวัดอุบลราชธานีในปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน 587.71 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอันดับสองของเขตสุขภาพที่ 10 มีผู้ป่วยรายใหม่ 47.66 คนต่อประชากรแสนคน[4] โดยเฉพาะอำเภอตระการพืชผลพบว่า ห้าอันดับแรกของโรคที่พบมากที่สุดคือโรคเบาหวานโดยมีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในปี 2567 จำนวน 7,285 ราย[5]

ในระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ อสม. มีบทบาทผู้เชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชนในชุมชน[6] และต้องได้รับพัฒนาศักยภาพการดูแลตามบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ ถือเป็นบุคลากรและเครือข่ายที่สำคัญที่เป็นด่านหน้า[7] อย่างไรก็ตามความครอบคลุมในการบันทึกการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระบบรายงานสมาร์ทอสม. ยังอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 32.68[8] ซึ่งอาจสะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ความจำเป็นต่อการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติรวมถึงทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน[9] ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนได้ในที่สุด[10]

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษา ความรู้ บริบทการทำงาน และความต้องการของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพ ให้แก่ อสม. ที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. ในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาบริบทการทำงานที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. ในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

3. คำถามการวิจัย

ความรู้ บริบท และความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ใช้ แนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ของ Malcolm S. Knowles[10] เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษานำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ได้เหมาะสม ดังภาพที่1

ลักษณะทั่วไป	ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2	บริบทการทำงาน อสม.	ลักษณะทั่วไป
- เขตพื้นที่ปฏิบัติงาน - เพศ - อายุ - สถานภาพสมรส - ระดับการศึกษา - อาชีพ - อายุงาน อสม. - จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ - การมีโรคประจำตัว	- การรับรู้สาเหตุและอาการของโรค - ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด - ความรู้เรื่องการป้องกันและการดูแลตนเอง	- ด้านการปฏิบัติงานและประสบการณ์ - ด้านการสนับสนุนและทรัพยากร - ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะ - ด้านการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี - ด้านอุปสรรคและความท้าทาย	- ความต้องการของ อสม. - ศักยภาพของ อสม. - ความต้องการด้านการเรียนรู้ - ความต้องการด้านทักษะ (ให้คำปรึกษา/ใช้เทคโนโลยี) - ความต้องการด้านทรัพยากร - ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงาน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ที่มุ่งศึกษาและอธิบายลักษณะความรู้ บริบท และความต้องการของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 2,151 คนโดย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็น อสม. จำนวน 327 คน ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนสาย โคกน้อย สะพือ ไหล่ทุ่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลตระการพืชผล

5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน คำนวณโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan (Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., 1970)[11] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ 5%

5.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

การศึกษาใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) ชนิดสัดส่วนเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร อสม. ในอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 29 แห่ง ผู้วิจัยได้ คัดเลือก รพ.สต. ขนาดใหญ่ที่มีจำนวน อสม. ใกล้เคียงกันจำนวน 4 แห่ง ร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลตระการพืชผล ซึ่งเป็นจุดปฏิบัติงานหลัก รวมเป็น 5 ชั้นภูมิ (Strata) และได้ทำการกำหนดสัดส่วนตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิโดยใช้ บัญญัติไตรยางค์ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสัดส่วนกับประชากรในแต่ละพื้นที่ ดังนี้ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลตระการพืชผล 80 คน รพ.สต. คอนสาย 62 คน รพ.สต. โคกน้อย 63 คน รพ.สต. สะพือ 61 คน และรพ.สต. ไหล่ทุ่ง 55 คนจากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างภายในแต่ละชั้นภูมิด้วยวิธีจับฉลาก

5.5 เกณฑ์การคัดเลือก

คุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ศึกษา
2. มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ
3. อ่านออกเขียนได้และสามารถใช้มือถือสมาร์ทโฟนได้

คุณสมบัติเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกิจกรรมที่กำหนดไว้
2. อสม.ลาออกหรือย้ายที่อยู่ระหว่างกิจกรรมที่กำหนดไว้
3. มีปัญหาสุขภาพที่รบกวนการเข้าร่วม

5.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม (Questionnaire) และ แบบทดสอบ (Test) ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความรู้ บริบทการทำงาน และความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1. แบบสอบถาม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย เขตพื้นที่ปฏิบัติงาน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ อายุงาน อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 บริบทการทำงาน เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)[13] จำนวน 15 ข้อ ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ (มากที่สุด=5 มาก=4 ปานกลาง=3 น้อย=2 น้อยที่สุด=1) และนำค่าเฉลี่ยมาแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด

ส่วนที่ 3 ความต้องการ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และคำถามปลายเปิด เพื่อสำรวจความต้องการด้านการเรียนรู้ ทักษะ ทรัพยากร และการสนับสนุนจากหน่วยงาน

2. แบบทดสอบ เป็นแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนใช้เกณฑ์ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบได้ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนรวมมาแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ (ต่ำ ปานกลา, สูง) ตามเกณฑ์ร้อยละของ Bloom (1971)[14]

5.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC มีค่า อยู่ที่ 0.92 และผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไป Try Out กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันในการวิจัยหลัก แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ อสม.ในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบทดสอบวัดความรู้ เกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการหาค่า KR-20 ของ Kuder and Richarson (1937)[15] มีค่า 0.72 แบบสอบถามส่วนที่ 2 เกี่ยวกับบริบท ส่วนที่ 3 ความต้อง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) เป็นสถิติที่ใช้วัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) มีค่า Cronbach's Alpha ที่ 0.92

5.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลตระการพืชผลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอฯ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก อสม. จำนวน 327 คน อสม.ในพื้นที่ รพ.สต. คอนสาย รพ.สต. โคกน้อย รพ.สต. สะพือ รพ.สต. ไหล่ทุ่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลตระการพืชผล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองส่วนหนึ่ง และอีกส่วนผู้ช่วยนักวิจัยเป็นคนเก็บรวบรวมมีจัดอบรมการใช้เครื่องมือให้ผู้ช่วยนักวิจัย โดยจัดประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย รวมถึงใช้แบบทดสอบและสอบถาม และการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำกลับมา

3. เก็บแบบสอบถามและนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ โดยจะคัดเลือก เฉพาะแบบสอบถามที่ตอบได้ครบถ้วนสมบูรณ์ มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. บันทึกข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

5.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้วิจัยได้รับข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการ จึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาสถิติต่าง ๆ ผู้วิจัยใช้การการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และลงรหัสข้อมูลในแต่ละข้อ หลังจากนั้นลงข้อมูลเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุด

6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับใบรับรองจริยธรรม รหัส Study Code 61-141-1-2 เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-12.018 โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 ถึง 26 ธันวาคม 2568

7. ผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ของ อสม.จำนวน 327 คน ในพื้นที่ 5 รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.5 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 51.54 ปี และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 48-59 ปี ร้อยละ 47.1 ในด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 79.8 ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดที่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 43.7 และมีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 81.7 ประสบการณ์ทำงาน อสม. มีอายุงานเฉลี่ยอยู่ที่ 18.07 ปี โดยมีช่วงอายุงานที่หลากหลายตั้งแต่ 1 ปีไปจนถึง 42 ปี ซึ่งแสดงให้เห็น ดังรายละเอียดผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของ อสม. (n = 327)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พื้นที่ อสม.ที่สำรวจ		
รพ.สต.คอนสาย	62	19.0
รพ.สต.โคกน้อย	64	19.6
รพ.สต.สะพือ	60	18.3
รพ.สต.ไหลทุ่ง	55	16.8
ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.ตระการพืชผล	86	26.3
เพศ		
หญิง	296	90.5
ชาย	31	9.5
อายุ		
15-25 ปี	0	0
26-36 ปี	7	2.1
37-47 ปี	57	17.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
48-59 ปี	154	47.1
60 ปีขึ้นไป	109	33.3
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน): 51.54 ปี (S.D.=11.72)		
สถานภาพ		
โสด	22	6.7
สมรส	261	79.8
หม้าย	30	9.2
แยก/หย่า	14	4.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	84	25.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	88	26.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	143	43.7
อนุปริญญา/ปวส.	7	2.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	1.5
อาชีพ		
ทำนา ทำไร่ ทำสวน	267	81.7
รับจ้างทั่วไป	13	4.0
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	17	5.2
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	0.3
พนักงานโรงงาน/เอกชน	2	0.6
แม่บ้าน ทำงานบ้าน ไม่มีอาชีพ	27	8.3
รวม	**327**	**100**

ข้อมูล อายุงาน หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และ โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ อสม. รับผิดชอบหลังคาเรือนมากกว่า 30 หลังคาเรือนขึ้นไป ร้อยละ 54.74 รองลงมา น้อยกว่า 20 หลังคาเรือน ร้อยละ 48.20 และในช่วง 20-30 หลังคาเรือน ร้อยละ 5.04 และโดยเฉลี่ยรับผิดชอบคือ 13.53 หลังคาเรือน S.D.= 3.26 และมีจำนวนหลังคาเรือนต่ำสุด 8 หลังคาเรือน และสูงสุดคือ 37 หลังคาเรือน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.2 ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเบาหวาน และป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.8 ของ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีโรคอื่น ๆ อาทิ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.3 โรคอ้วน จำนวน 8 คน ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไขมันในเลือด และธาลัสซีเมียมีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 0.6 ดังรายละเอียดผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุงาน หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และ โรคประจำตัวเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ (n = 327)

อายุงาน/หลังคาเรือน/สถานะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุงาน		
1-5 ปี	81	24.77
6-10 ปี	66	20.18
11-15 ปี	53	16.21
16-20 ปี	46	14.07
21 ปีขึ้นไป	81	24.77
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 18.076 (S.D.=8.775) Min=1.00, Max=42.00		
หลังคาเรือนที่ อสม.รับผิดชอบ		
น้อยกว่า 20	134	48.20
20-30	14	5.04
30 ขึ้นไป	179	54.74
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 13.535 (S.D.=3.2603) Min = 8.00, Max =37.00		
การเป็นโรคเบาหวาน		
เป็นเบาหวาน	55	16.8
ไม่เป็นเบาหวาน	272	83.2
โรคประจำตัวตัวอื่นๆ		
ไม่มีโรค	236	72.2
โรคความดันโลหิตสูง	60	18.3
หลอดเลือดหัวใจ	2	0.6
หลอดเลือดสมอง	3	0.9
มะเร็ง	3	0.9
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	4	1.2
โรคอ้วน	8	2.4
ไขมันในเลือด	2	0.6
ไทรอยด์	3	0.9
ธาลัสซีเมีย	2	0.6
รวม	**327**	**100**

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. ในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความเข้าใจพื้นฐานที่ดีในการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น การป้องกันภาระแทรกซ้อนและการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ที่ ร้อยละ 92.7 ผู้ป่วยควรตรวจวัดระดับน้ำตาลเป็นประจำ ร้อยละ 92.4 อย่างไรก็ตาม ยังความเข้าใจผิดที่อาจส่งผลต่อการให้คำแนะนำผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น ผู้ป่วยเบาหวานร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เลย ร้อยละ 80.7 ความเข้าใจถึงค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม ร้อยละ 77.7 อาหารที่มีเส้นใยจากธัญพืชไม่ขัดสี ผัก ผลไม้ ช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาลและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 86.9 การการ

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

รับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูงช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ร้อยละ 81.3 และการรับประทานอาหารมื้อเล็ก ๆ หลายมื้อดีกว่าการรับประทานอาหารมื้อใหญ่เพียงไม่กี่มื้อ ร้อยละ 57.2 ดังรายละเอียดผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคำตอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2	ถูก จำนวน(ร้อยละ)	ผิด จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ทราบ จำนวน(ร้อยละ)
1. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เลย	44(13.5)	264(80.7)	19(5.8)
2. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น	304(93.0)	19(5.8)	4(1.2)
3. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคนต้องฉีดอินซูลิน	95(29.1)	211(64.5)	21(6.4)
4. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	289(88.4)	28(8.6)	10(3.1)
5. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้	303(92.7)	19(5.8)	5(1.5)
6. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ทุกชนิด	225(68.8)	94(28.7)	8(2.4)
7. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากเป็นประจำส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาล	218(66.7)	95(29.1)	14(4.3)
8. การจัดการความเครียดช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น	240(73.4)	78(23.9)	9(2.8)
9. ผู้ป่วยควรตรวจวัดระดับน้ำตาลเป็นประจำ	302(92.4)	21(6.4)	4(1.2)
10. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานการเจาะปลายนิ้ว ก่อนทานอาหารควรอยู่ที่ 120-150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	65(19.9)	254(77.7)	8(2.4)
11. การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูงช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น	49(15.0)	266(81.3)	12(3.7)
12. การรับประทานอาหารมื้อเล็กๆ หลายมื้อดีกว่าการรับประทานอาหารมื้อใหญ่เพียงไม่กี่มื้อ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	127(38.8)	187(57.2)	13(4.0)
13. อาหารที่มีเส้นใยจากธัญพืชไม่ขัดสี ผักผลไม้ ช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาลได้ดี	31(9.5)	284(86.9)	12(3.7)

กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2	ถูก จำนวน(ร้อยละ)	ผิด จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ทราบ จำนวน(ร้อยละ)
14. หากผู้ป่วยรู้สึกตัวว่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรแนะนำ สามารถเพิ่มปริมาณยาที่กินได้เอง	229(70.0)	90(27.5)	8(2.4)
15. การออกกำลังกายและควบคุมอาหาร จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น	303(92.7)	21(6.4)	3(9)

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.4 มีระดับความรู้ในเกณฑ์ปานกลาง (9-12 คะแนน) ในขณะที่ ร้อยละ 29.7 มีระดับความรู้สูง (13-15 คะแนน) แต่ยังมี อสม. ถึง ร้อยละ 15.9 ที่มีความรู้ในระดับต่ำ (0-8 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้รวมอยู่ที่ 10.55 คะแนน (S.D. = 4.16) และ Min = 5.00, Max = 14.20 ดังรายละเอียดผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

ระดับความรู้(ช่วงคะแนน)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้	52	15.9
ต่ำ (0-8 คะแนนหรือน้อยกว่า)		
ปานกลาง (9-12 คะแนน)	178	54.4
สูง (13-15 คะแนน)	97	29.7
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน10.55 (S.D.= 4.16) Min = 5.00, Max = 14.20		

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาบริบทการทำงานที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. ในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง มีส่วนร่วมและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ร้อยละ 39.8 ในระดับมาก และร้อยละ 39.4 เคยร่วมลงพื้นที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ อสม.ให้ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นกลุ่มเป้าหมายที่อันดับต้นๆ ร้อยละ 48.9 อยู่ในระดับมาก และร้อยละ 31.2 อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการสนับสนุนและการพัฒนาศักยภาพ อสม. ร้อยละ 46.2 ตนเองยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยควรได้รับการจัดอบรมและพัฒนาอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ด้านอุปสรรคที่ด้านระยะทางที่ไม่สะดวกในการเยี่ยม ร้อยละ 52.9 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 48.6 ในระดับ ปานกลาง เครื่องมือและกระบวนการทำงาน การใช้คู่มือหรือเอกสารแนะนำผู้ป่วย ร้อยละ 53.2 ทรัพยากรที่จำเป็น ร้อยละ 52.9 ยังอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วย ร้อยละ 33.3 และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลและให้คำแนะนำ ร้อยละ 35.8 ก็ยังอยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับบริบทการทำงานที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

บริบทการทำงานที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)
1. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้เบาหวานในชุมชน	60(20.5)	130(39.8)	125(38.2	4(1.2)	1(0.3)	3.789	0.78
2. ท่านใช้คู่มือหรือเอกสารประกอบการคำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	38(11.16)	66(20.2)	174(53.2	45(13.8	4.(1.2)	3.272	0.88
3. ท่านเคยได้รับการอบรมหรือได้เรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง	49(15.0)	101(30.9)	132(40.4)	42(12.8)	3(0.9)	3.462	0.92
4. ท่านเคยร่วมลงพื้นที่ในด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	68(20.8)	129(39.4)	114(34.9)	13(4.0)	3(0.9)	3.752	0.85
5. ท่านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	56(17.1)	103(31.5)	121(37.0)	45(13.8)	2(0.6)	3.508	0.95
6. อุปสรรคที่ท่านพบเจอในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือระยะทางที่ไกลไม่สะดวกในการเยี่ยม	38(11.6)	85(26.0)	173(52.9)	25(7.6)	6(1.8)	3.379	0.85
7. อุปสรรคที่ท่านพบเจอในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือขาดความรู้ความเข้าใจในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	24(7.3)	44(13.5)	159(48.6)	82(25.1)	18(5.5)	2.920	0.94
8. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ท่านรู้สึกเครียดหรือเหนื่อยล้าเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ	36(11.0)	95(29.1)	159(48.6)	31(9.5)	6(1.8)	3.379	0.87
9. ท่านมีทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพียงพอ	36(11.0)	70(21.4)	173(52.9)	41(12.5)	7(2.1)	3.266	0.89

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

ตารางที่ 5 (ต่อ)

บริบทการทำงานที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)
10. ปัจจุบันท่านสื่อสารกับผู้ป่วยเบาหวานได้ดี ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ	65(19.9)	68(20.8)	109(33.3)	82(25.1)	3(0.9)	3.336	1.08
11. ท่านใช้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานอยู่เสมอ	60(18.3)	83(25.4)	117(35.8)	65(19.9)	2(0.6)	3.410	1.02
12. ในชุมชนของท่านมีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประสิทธิภาพ	64(19.6)	70(21.4)	140(42.8)	48(14.7)	5(1.5)	3.428	1.01
13. ท่านได้รับการส่งต่อข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง	71(21.7)	109(33.3)	132(40.4)	14(4.3)	1(0.3)	3.719	0.86
14. ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้ดูแลและให้ความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ	102(31.2)	160(48.9)	59(18.0)	5(1.5)	1(0.3)	4.092	0.75
15. ท่านคิดว่าอสม.ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ควรที่จำเป็นต้องมีการจัดอบรมและพัฒนาอย่างเร่งด่วน	77(23.5)	151(46.2)	87(26.6)	9(2.8)	3(0.9)	3.887	0.82

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC 10.Journal

ระดับบริบทการทำงาน อสม.ที่มีผลต่อที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมของ อสม. ที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.11 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 11.15 คะแนน (S.D.=1.87) มีเพียงร้อยละ 23.24 ที่มีบริบทในระดับสูง และร้อยละ 7.65 ในระดับต่ำ ดังรายละเอียดผลการวิเคราะห์ใน ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของระดับบริบทที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=327)

ระดับบริบทต่อการป้องกันโรค (ช่วงคะแนน)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับบริบทต่อการป้องกันโรค		
ต่ำ(0-8 คะแนนหรือน้อยกว่า)	25	7.65
ปานกลาง(9-12 คะแนน)	226	69.11
สูง (13-15 คะแนน)	76	23.24
ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 11.15 (SD=1.87) Min=7.0, Max=14.0		

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ด้านความต้องการความรู้ ผลการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมมากที่สุดคือ เรื่องภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 65.1 รองลงมาคือเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 56.9 และเรื่องการออกกำลังกาย ร้อยละ 45.0 ในขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติม ได้แก่ การจัดการความเครียด ร้อยละ 66.1 การใช้ยาร้อยละ 59.0 ด้านความต้องการพัฒนาทักษะ พบว่า ต้องการพัฒนามากที่สุด คือการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 83.2 รองลงมาคือการบันทึกข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย ร้อยละ 55.0 และการให้คำปรึกษา ซึ่งมีร้อยละ 29.7 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการพัฒนาทักษะเพิ่มเติม ได้แก่ การให้คำปรึกษา ร้อยละ 70.3 การใช้สมาร์ทโฟน ร้อยละ 67.9 ด้านความต้องการทรัพยากรเพิ่มเติม ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุดคือการสนับสนุนเครื่องวัดน้ำตาล ร้อยละ 80.7 รองลงมาคือแอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วย ร้อยละ 60.6 และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และคู่มือสำหรับผู้ป่วย ร้อยละ 52.6 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการทรัพยากรเพิ่มเติม ได้แก่ สื่อการสอน ร้อยละ 66.4 ด้านความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข ผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขมากที่สุดคือการอบรม ร้อยละ 62.7 รองลงมาคือแนวทางหรือทักษะการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 62.1 และสื่อความรู้ ร้อยละ 38.2 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ การสนับสนุนทางโทรศัพท์ ร้อยละ 73.4 การปรึกษาออนไลน์ ร้อยละ 67.6 ดังรายละเอียดผลการวิเคราะห์ใน ตารางที่ 7

HPC10 Journal

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของความต้องการความรู้ ทักษะ ทรัพยากร และและการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขของอสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

ความต้องการของอสม.	ต้องการ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ต้องการ จำนวน(ร้อยละ)
ด้านความรู้		
ภาวะแทรกซ้อน	213(65.1)	114(34.9)
อาหารสำหรับผู้ป่วย	186(56.9)	141(43.1)
การออกกำลังกาย	147(45.0)	180(55.0)
การจัดการ	111(33.9)	216(66.1)
ความเครียด	134(41.0)	193(59.0)
การใช้ยา	2(0.6)	325(99.4)
อื่น ๆ		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความต้องการของอสม.	ต้องการ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ต้องการ จำนวน(ร้อยละ)
ด้านพัฒนาทักษะ		
การแก้ปัญหา	272(83.2)	55(16.8)
การบันทึกข้อมูล	180(55.0)	147(45.0)
ให้คำปรึกษา	97(29.7)	230(70.3)
การใช้สมาร์ทโฟน	105(32.1)	222(67.9)
อื่นๆ	0(0)	327(100.0)
ด้านทรัพยากร		
เครื่องวัดน้ำตาล	264(80.7)	63(19.3)
คู่มือสำหรับผู้ป่วย	172(52.6)	155(47.4)
สื่อการสอน	110(33.6)	217(66.4)
แอฟดูแลผู้ป่วย	198(60.6)	129(39.4)
อื่นๆ	0(0)	327(100.0)
ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข		
การอบรม	205(62.7)	122(37.3)
การเยี่ยมบ้าน	203(62.1)	124(37.9)
ทางโทรศัพท์	87(26.6)	240(73.4)
ปรึกษาออนไลน์	106(32.4)	221(67.6)
สื่อความรู้	125(38.2)	202(61.8)
อื่นๆ	0(0)	327(100.0)

8. สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์จริงเกี่ยวกับความรู้ บริบท และความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล โดยสามารถนำมาอภิปรายผลร่วมกับงานวิจัยและแนวคิดที่เกี่ยวข้องได้ในสามประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อสม. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าอสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.4) ในประเด็นความเข้าใจพื้นฐานการจัดการโรคเบาหวานขั้นต้น ความสำคัญของการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตระหนักถึงความจำเป็นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม แต่ยังพบช่องว่างของความรู้ในประเด็น เช่น ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม และความเข้าใจการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับหลักการของ ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ของ Malcolm Knowles[16] ที่ระบุว่าผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อเนื้อหามีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประสบการณ์ ดังนั้นความต้องการเรียนรู้ของ อสม. จึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนั้นข้อจำกัดด้านความรู้เหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ของ จันทรศรี เหลือผล[17] ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และงานวิจัยในต่างประเทศของ Alkhawaldeh OA et al.[18] ที่แสดงให้เห็นว่าความรู้ระดับปานกลางอาจเพียงพอต่อการปฏิบัติงานพื้นฐาน แต่ไม่เพียงพอต่อการ

จัดการผู้ป่วยเบาหวานที่ซับซ้อน หรือผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ซึ่งต้องการทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะราย

บริบทการทำงาน อสม.ที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแสดงให้เห็นว่า อสม. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานบทบาทงานโดยตรง แต่ก็พบอุปสรรคหรือปัญหาที่สำคัญที่ระบุในผลการศึกษา โดยเฉพาะความต้องการด้านทรัพยากรและการสนับสนุน เช่น ระยะทางที่ไกลในการเยี่ยมผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยในพื้นที่ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตาม และในพื้นที่ยังขาดทรัพยากรที่จำเป็น เช่น คู่มือเบาหวานและเทคโนโลยีต่าง ๆ และการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข ทำให้มีผลต่อกระบวนทำงานของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

ความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อสม. มีความต้องการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเรื่องที่จำเป็น เช่น ความรู้เรื่อง ภาวะแทรกซ้อนของโรค การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงความต้องการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การแก้ปัญหาเมื่อมีผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การบันทึกข้อมูลสุขภาพ และเทคนิคหรือทักษะการให้คำปรึกษา รวมถึงทรัพยากรที่จะช่วยให้การกำกับติดตามผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น เครื่องวัดน้ำตาล และแอปพลิเคชันสอดคล้องกับรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์และคณะ[19] บอกถึงความสำคัญการพัฒนาแอปพลิเคชันบนมือถือสำหรับการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่และยังสอดคล้องกับ กับงานวิจัยของธวัชชัย โคตรสมบัติ และคณะ[20] ที่นำทฤษฎีทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ มาประยุกต์มาใช้ในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้และพบว่าช่วยเสริมสร้างสมรรถนะของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพผลให้ อสม. มีความรู้และความมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติงาน สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมด้วยเครื่องมือที่ได้รับการสนับสนุน จะช่วยให้การติดตามผลลัพธ์ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

9. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพที่มุ่งเป้า เปลี่ยนรูปแบบการอบรม หน่วยงานควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกอบรม อสม. จากการบรรยาย (Lecture) เป็น โปรแกรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop and Practicum) ที่เน้นการเสริมสร้าง "ทักษะ" และ "สมรรถนะในการแก้ปัญหา" โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่ อสม. ต้องการเร่งด่วนและมีความรู้ในระดับต่ำ ได้แก่ ทักษะการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษาเชิงโภชนาการที่เหมาะสม และ ทักษะการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และเน้นทักษะการให้คำปรึกษาที่บูรณาการทักษะการสื่อสารเชิงสร้างแรงจูงใจ เข้าไปในหลักสูตร เพื่อให้ อสม. สามารถช่วยผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน

2. การสนับสนุนทรัพยากรและระบบนิเทศงานที่เป็นโครงสร้าง จัดหาอุปกรณ์จำเป็น ให้แก่ อสม. อย่างเพียงพอ เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างเชิงรุกในครัวเรือน

3. พัฒนาระบบพี่เลี้ยง โดยให้พยาบาลวิชาชีพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) ประจำกลุ่ม อสม. เพื่อให้คำแนะนำในการจัดการเคสผู้ป่วยเบาหวานที่มีความซับซ้อน และให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ อสม. ในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental Study) หรือการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพที่ถูกพัฒนาขึ้นใหม่ โดยมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน ทั้งในส่วนของ อสม. (เช่น คะแนนความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้น) และในส่วนของผู้ป่วย (เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ที่ดีขึ้น หรืออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง)

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึก (In-depth Qualitative Study) เพื่อทำความเข้าใจถึง อุปสรรคเชิงระบบ (Systemic Barriers) และ ปัจจัยอำนวย (Facilitating Factors) ในการปฏิบัติงานของ อสม. โดยเฉพาะในประเด็นภาระงานที่ทับซ้อน ความสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ และกลไกการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรของหน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่น

10. เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th edition [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://www.diabetesatlas.org/
2. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
3. Hfocus.org. "สมศักดิ์" รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 ชี้คนไทยป่วย 6.5 ล้านคน ย้ำ! นับ Carb ลด เสี่ยงเอ็นซีดี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2024/11/32233
4. จุติพร เกิดผล. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ลดป่วยลดตายและการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ: หัวข้อสาขาโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (NCD) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://inspection.moph.go.th/einspection/file_report_summary/2023-03-28-09-49-03
5. วรรณวิภา จิตตีเที่ยง. รายงานสรุปข้อมูลสุขภาพจากระบบ HDC อำเภอตระการพืชผล ปีงบประมาณ 2567. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลตระการพืชผล; 2567.
6. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบทบาท อสม. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://osm.hss.moph.go.th/
8. ศิริวิมล ปัญญาผล. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่องานสาธารณสุขท้องถิ่น: กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวโพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:314869
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล. ระบบรายงานสมาร์ท อสม. อำเภอตระการพืชผล ปี 2567. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล; 2567.
10. สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, นิชนันท์ สุวรรณกูฏ, อมรรัตน์ นธะสนธิ์. ประสบการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 ต.ค. 2567]; 21(1):[207-217]. เข้าถึงได้จาก: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/102405
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10. doi: 10.1177/001316447003000308
12. Knowles MS. Andragogy: An emerging technology for adult learning. The Adult Education Journal [Internet]. 1968 [cited 2025 Apr 24];28(1):[20-25]. เข้าถึงได้จาก:

https://www.umsl.edu/~henschkej/articles /knowles_1970_the_modern_practice_of_adult_education_pgs_1_77.pdf
13. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น [อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 13 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://etheses.psru.ac.th/libirpsru/sites/default/files/site/default/thesis/ch3-_5.pdf
14. Bloom BS, Hastings JT and Madaus GF. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning [Internet]. 1971 [cited 2025 Apr 24]. เข้าถึงได้จาก: https://archive.org/details/handbookonformat00bloo/page/906/mode/2up
15. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika. 1937;2(3):151-60. doi: 10.1007/BF02288391
16. Knowles MS. Andragogy: An emerging technology for adult learning. The Adult Education Journal [Internet]. 1968 [cited 2025 Apr 24];28(1):[20-25]. เข้าถึงได้จาก: https://www.umsl.edu/~henschkej/articles/ knowles_1970_the_modern_practice_of_adult_education_pgs_1_77.pdf
17. จันทรศรี เหลือผล. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 ต.ค. 2567]; 5(1). เข้าถึงได้จาก: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/jrhdi/article/view/264251
18. Alkhawaldeh OA, Saqer AA, Al-Qatawneh AD, Qwaider YS, Al-Bustami HM, Al-Ramahi RJ. Knowledge of type 2 diabetes mellitus among adults in Jordan. J Multidiscip Healthc. 2023;16:1159-67. doi: 10.2147/JMDH.S405295
19. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, วรัญญา อินทรักษ์, ธนิชา ศรีสุภักดิ์, นฤมล เหลืองอ่อน, ณัฐพล บุญนันท์. การพัฒนาแอปพลิเคชันบนมือถือสำหรับการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการเทคโนโลยีสารสนเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 ต.ค. 2567];15(1). เข้าถึงได้จาก: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/jtict/article/view/178593
20. ธวัชชัย โคตรสมบัติ และคณะ. กระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4.0 จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 ต.ค. 2567];38(2):[64-78]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/pjne/article/download/12668/10614/21565

บทความวิจัย

ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอำนาจเจริญ

คุนัญญา สอดสี[1*], ณัฐณิชา พรทิพย์[2], ปานธีร์สุดา ดีมา[3], ศิริพร ศิริกัญญาภรณ์[4], กรกวรรษ ดารุนิกร[5] และ มงคลฤทธิ์ มณีเลิศ[6]

(วันรับบทความ 1 พฤษภาคม 2568; วันแก้ไขบทความ 31 สิงหาคม 2568; วันตอบรับบทความ 2 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอำนาจเจริญ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่อิสระต่อกัน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 240 คน (120 คนต่อกลุ่ม) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Independent-samples t-test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบพหุถดถอย (Multiple logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองมีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตสูงกว่านักเรียนในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ในขณะที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตชนบท มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่านักเรียนในเขตเมือง (p-value=0.003) เมื่อควบคุมผลกระทบของปัจจัยทั้งหมด พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า (95%CI=1.375 to 6.543, p-value=0.006) อีกทั้งผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่ำเป็น 7.26 เท่า (95%CI=2.26 to 23.33, p-value<0.001) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างการตระหนักรู้และลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอำนาจเจริญต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

[1,2,3] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
[4,5] อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
[6] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลชานุมาน
[*] ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email : khunanya.sod@student.mahidol.edu

Research Article

Sexuality education literacy, Life skill, and Sexual risk behavior in relation to sexual activity among junior high school students in urban and rural areas, Amnat Charoen province

Khunanya Sodsee[1*], Natnicha Pornthip[2], Panthisuda Deema[3], Siriporn Sirikanyaporn[4], kornkawat Darunikorn[5] and Mongkolrit Maneelert[6]

(Received: May 1 2025; Revised: August 31 2025; Accepted: September 2 2025)

Abstract

This cross-sectional study aimed to compare sexual knowledge, life skills, and sexual risk behaviors related to sexual activity among lower secondary students in urban and rural areas of Amnat Charoen Province. A sample of 240 students (120 per group) was selected using multi-stage random sampling. Data were collected via a reliable questionnaire (α = 0.79) and analyzed using descriptive statistics, Independent-samples t-test, and Multiple Logistic Regression.

The results showed that urban students had significantly higher sexual knowledge and life skills than rural students (*p*-value<0.05), while rural students exhibited higher sexual risk behaviors (*p*-value=0.003). Alcohol consumption was associated with a 3-fold increase in sexual risk behaviors (95%CI=1.375 to 6.543, *p*-value=0.006). Additionally, students with high sexual risk behaviors were 7.26 times more likely to engage in sexual activity than those with low sexual risk behaviors (95%CI=2.26 to 23.33, *p*-value<0.001). These findings highlighted the need for improving Sexuality Education Literacy and Life Skills to reduce sexual risk behaviors among secondary school students in Amnat Charoen Province.

Keywords: Sexuality Education Literacy, Life skills, Sexual risk behaviors

[1,2,3] Bachelor Of Public Health Student, Mahidol University Amnat Charoen Campus
[4,5] Lecturer Of Public Health programs, Mahidol University Amnat Charoen Campus (Ph.D)
[6] Public Health expert, Chanuman Hospital
[*] Corresponding author Email: khunanya.sod@student.mahidol.edu

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RPC10Journal

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ในประเทศไทยถือเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับความสนใจจากทั้งสังคมและภาครัฐ เนื่องจากในช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมาก โดยเป็นวัยที่ร่างกายเจริญเติบโตและฮอร์โมนเพศมีการเปลี่ยนแปลงพร้อมที่จะเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์จึงเริ่มให้ความสนใจกับเพศตรงข้าม เริ่มอยากรู้อยากลองสิ่งต่าง ๆ ต้องการความเป็นอิสระ ปรึกษากลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัว[1] ซึ่งอาจนำไปสู่ขั้นอยากทดลองและมีการแสดงออกทางเพศโดยไม่มีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคเหล่านี้ส่งผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม[2] จากการสำรวจของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กและเยาวชน ประจำปี 2567 พบว่า เด็กและเยาวชน มีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ยอายุ 16.5 ปี และอายุน้อยสุดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ อายุ 12 ปี ซึ่งมีแนวโน้มอายุเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยลงกว่าในอดีต[3]

เนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้มีความแตกต่างด้านพฤติกรรมทางเพศระหว่างพื้นที่ตามสภาพสังคมและวัฒนธรรม โดยวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งยั่วยุทางเพศมากกว่าชนบท เนื่องจากมีความหลากหลายและการเข้าถึงที่ง่ายกว่าชนบท เช่น มีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี สื่อทางอินเทอร์เน็ต มีการติดต่อสื่อสารได้สะดวกและรวดเร็ว ค่านิยมในการคบเพื่อน การแสดงออกอย่างเปิดเผย จึงเป็นเหตุให้กลุ่มนักเรียนในพื้นที่เข้าถึงสิ่งยั่วยุทางเพศได้ง่ายกว่าในพื้นที่อื่น[4] ในขณะที่เขตชนบทอาจมีสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดความสนิทสนมและความไว้ใจซึ่งกันและกันได้ง่าย ส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยขณะการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ การมีสถานที่พบปะสังสรรค์ในชุมชนเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ซึ่งอาจไปกระตุ้นให้มีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม ชุมชนที่มีการสนับสนุนและดูแลจากผู้นำชุมชน หน่วยงานภาครัฐ หรือผู้ปกครองมีความใกล้ชิดกับวัยรุ่น มีการส่งเสริมความรู้ทางเพศและทักษะชีวิต การทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน จะสามารถช่วยให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม[5]

การให้ความสำคัญกับเพศศึกษาและรูปแบบการสอนในโรงเรียนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น การขาดความพร้อมในการให้ความรู้และรูปแบบการสอนที่ไม่เหมาะสม ทำให้เด็กขาดทักษะในการจัดการเรื่องเพศ เนื่องจากขาดกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนคิด วิเคราะห์ และตั้งคำถามอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมและการเข้าถึงทรัพยากรในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละโรงเรียนยังมีผลต่อการเรียนรู้ของนักเรียน โดยจากการศึกษาของสาวิตรี ตุ้มมี พบว่า นักเรียนในเขตเทศบาลมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนในพื้นที่นอกเขตเทศบาล[6]

จากสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยเด็กของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.75 และรองลงมาคือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 16.5 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน ระดับพอใช้ ร้อยละ 27.0[7] จังหวัดอำนาจเจริญ พบประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอร้อยละ 7.87[8] มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 111 คน และเป็นครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.01 ซึ่งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นี้ เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การไม่สวมถุงยางอนามัย และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[9]

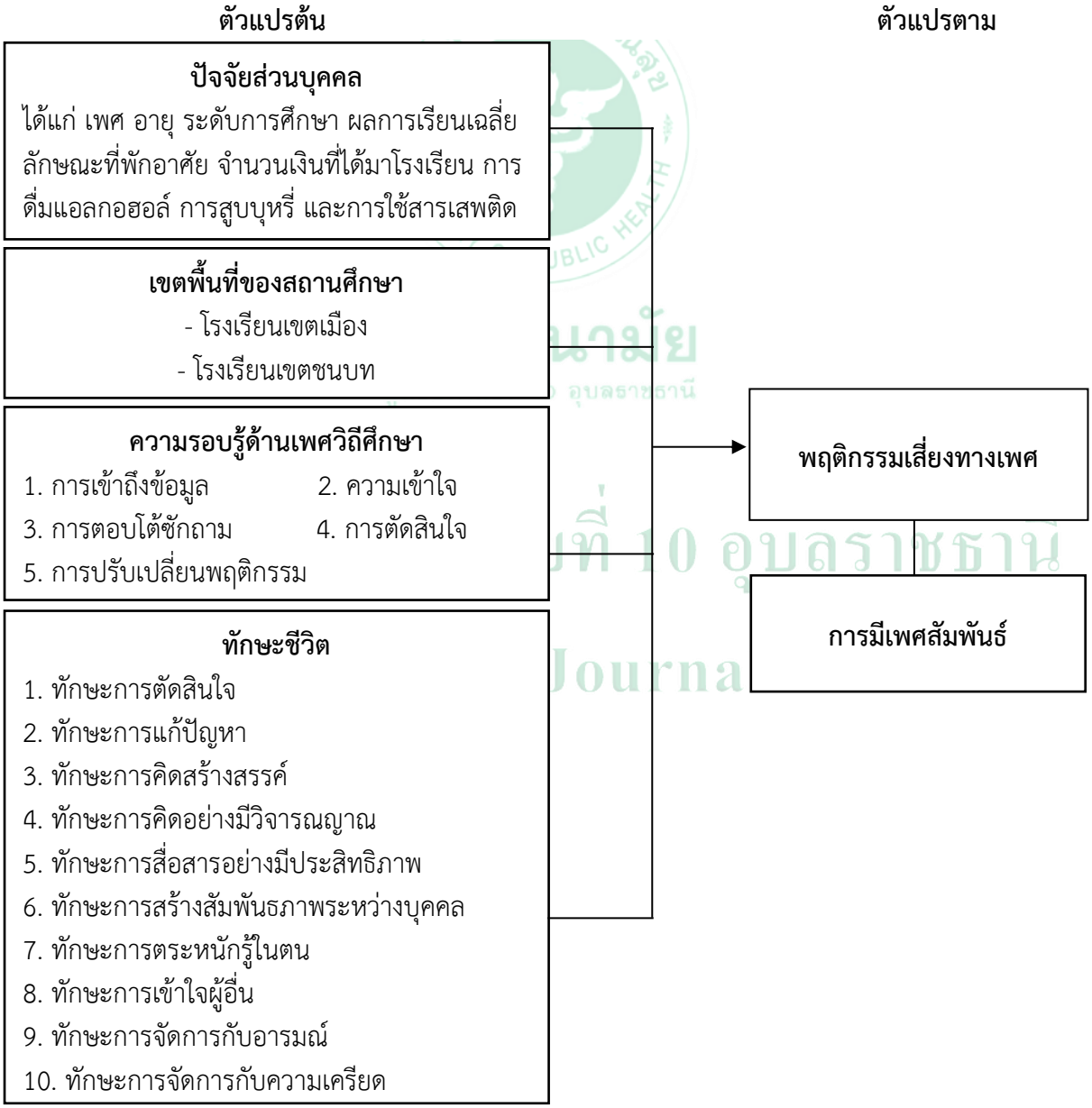
งานวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งศึกษาความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากวัยนี้ถือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่จะก้าวเข้าสู่วัยรุ่น โดยเปรียบเทียบระหว่าง

นักเรียนในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอำนาจเจริญ ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต รวมไปถึงแผนการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอำนาจเจริญ
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอำนาจเจริญ

3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอำนาจเจริญ

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 29 จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งประกอบด้วย จำนวน 22 โรงเรียน แบ่งเป็นโรงเรียนเขตเมือง จำนวน 9 โรงเรียน และเขตชนบท จำนวน 13 โรงเรียน

4.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่อิสระต่อกัน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมือง จำนวน 1,880 คน และเขตชนบท จำนวน 627 คน ในจังหวัดอำนาจเจริญ

$$n/gr = \frac{2\left(Z_\alpha + Z_\beta\right)^2 \sigma_p^2}{(\mu_{1-}\mu_2)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

Z_α = ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

Z_β = อำนาจการทดสอบหรือร้อยละ 80 มีค่าเท่ากับ 1.282

σ_p^2 = ค่าความแปรปรวน มีค่าเท่ากับ 22.02

$\mu_{1,}$ = ค่าเฉลี่ยกลุ่มศึกษาที่ 1 มีค่าเท่ากับ 10.09

μ_2 = ค่าเฉลี่ยกลุ่มศึกษาที่ 2 มีค่าเท่ากับ 101.80

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 120 คน/กลุ่ม รวมจำนวนทั้งสิ้น 240 คน

4.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 29 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-3) และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ นักเรียนที่ไม่อยู่หรือลาในวันที่ลงเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการโดยสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ชั้นภูมิแรกสุ่มระดับโรงเรียน คือการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive random sampling) ได้ตัวแทนโรงเรียนละ 1 แห่ง จำแนกโรงเรียนตามขนาด ได้โรงเรียนเขตเมือง จำนวน 9 แห่ง และโรงเรียนเขตชนบท จำนวน 13 แห่ง จากนั้นทำการสุ่มระดับห้องด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ได้โรงเรียนละ 6 ห้อง ลำดับสุดท้ายทำการสุ่มระดับบุคคล ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนเช่นเดียวกัน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนนักเรียนในแต่ละห้องเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เท่า ๆ กัน

4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ลักษณะที่พักอาศัย สถานภาพสมรสบิดา-มารดา เกรดเฉลี่ยสะสม จำนวนเงินที่ได้มาโรงเรียน บุคคลให้คำปรึกษาทางเพศ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา จำนวน 5 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้ซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณ

ค่า (Rating scale) 5 ระดับ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด มีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33, 2.34-3.66 และ 3.67-5.00 ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะชีวิต เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ โดย 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด มีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33, 2.34-3.66 และ 3.67-5.00 ความรอบรู้ด้านทักษะชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับปรุงจากแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนในสังคมไทย สำหรับวัยรุ่นหญิงของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[10] จำนวน 19 ข้อ 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย 1 คะแนน ไม่เคยเลยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 2 คะแนน และเคย 3 คะแนน มีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66, 1.67-2.33 และ 2.34-3.00 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ ตัวแปรที่มีหลายระดับถูกรวมกลุ่มให้อยู่ในรูปแบบตัวแปรดัมมี่ (Dummy variable) เป็น 2 กลุ่ม (0 = ต่ำ/ไม่มี และ 1 = สูง/มี) เพื่อให้เหมาะสมในวิเคราะห์

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 7 ข้อ โดยเป็นแบบ Checklist เลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด และ 1 ข้อ เป็นการเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปน้อย

4.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา จากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่า IOC รายข้อ ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (ค่า IOC≥0.50) และเมื่อพิจารณาทั้งฉบับ พบว่าค่า IOC รวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85 แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้อย่างเหมาะสม เท่ากับ 0.85 จากนั้นทำการ Try out ในโรงเรียนคำเขื่อนแก้ว กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.79

4.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในรูปแบบ Google form โดยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนอำนาจเจริญและโรงเรียนชานุมานวิทยาคม พร้อมนัดหมายและประสานงานกับครูประจำชั้น และติดต่อผู้ปกครองเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยใช้ใบยินยอมอาสาสมัคร (Informed consent) โดยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษาก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

4.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง แจกแจงด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้สถิติทดสอบ (Independent sample t-test) และในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เชิงพหุถดถอย (Multiple logistic regression) และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยการวิเคราะห์เชิงถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) โดยแจกแจงด้วยค่า Odds ratio (OR), 95% Confidence Interval (CI) และ *p*-value

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งได้เอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ 36/2567 เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้ผู้ปกครองและเยาวชนเข้าใจอย่างละเอียด จากนั้นได้มอบหนังสือชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้พิจารณาและลงนาม นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

6. ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท จำนวน 240 คน พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรที่คล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.3 และร้อยละ 53.3 มีอายุเฉลี่ย 13.58 ปี (S.D.=0.87) และ 13.73 ปี (S.D.=0.89) มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.00-4.00 ร้อยละ 84.2 และร้อยละ 76.7 อาศัยอยู่กับบิดา/มารดาร้อยละ 65.0 และร้อยละ 72.4 โดยอยู่บ้านของตนเองร้อยละ 94.2 และร้อยละ 95.8 นักเรียนส่วนใหญ่ไม่ได้ปรึกษาใครเลยเกี่ยวกับเรื่องเพศร้อยละ 75.5 เท่ากัน นักเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 97.5 และ ร้อยละ 91.7 และในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ พบว่า อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 14.33 ปี (S.D.=0.57) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 68.3 และร้อยละ 73.3 ในกลุ่มนักเรียนที่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 65.8 และร้อยละ 78.2 นักเรียนส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 80.0 และร้อยละ 86.7 โดยกลุ่มที่สูบบุหรี่พบว่าสูบ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 54.2 และร้อยละ 56.2 และนักเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 80

6.1 ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา

ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า มีความแตกต่างทั้งในภาพรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าเท่ากับ 3.97 (S.D.=0.94) และ 3.33 (S.D.=1.38) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการซักถาม มีค่าเท่ากับ 3.22 (S.D.=0.91) และ 2.73 (S.D.=1.18) ตามลำดับ ทั้งนี้ในภาพรวม นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (S.D.=0.81) ซึ่งสูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตชนบทที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 (S.D.=1.16) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท

ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา	เขตเมือง (n=120)		เขตชนบท (n=120)		t	p-value
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล		
1. การเข้าถึงข้อมูล	3.45 (1.01)	ปานกลาง	2.83 (1.31)	ปานกลาง	4.08	<0.001*
2. ความเข้าใจ	3.68 (0.91)	สูง	3.13 (1.26)	ปานกลาง	3.86	<0.001*
3. การซักถาม	3.22 (0.91)	ปานกลาง	2.73 (1.18)	ปานกลาง	3.57	<0.001*
4. การตัดสินใจ	3.66 (1.00)	ปานกลาง	3.13 (1.65)	ปานกลาง	3.42	0.001*
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.97 (0.94)	สูง	3.33 (1.38)	ปานกลาง	4.17	<0.001*
รวม	3.60 (0.81)	ปานกลาง	3.03 (1.16)	ปานกลาง	4.36	<0.001*

*p-value<0.05

6.2 ทักษะชีวิต

ผลการเปรียบเทียบทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า มีความแตกต่างทั้งในภาพรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value=0.002) โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองทักษะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ทักษะการตัดสินใจ มีค่าเท่ากับ 3.91 (S.D.=1.04) และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตชนบท ทักษะที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ทักษะการจัดการความเครียด ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.60 (S.D.=1.28) ส่วนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท ทักษะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าเท่ากับ 3.56 (S.D.=1.03) และ 2.98 (S.D.=1.31) ทั้งนี้ในภาพรวม นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเมืองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 (S.D.=0.90) ซึ่งสูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตชนบทที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 (S.D.=1.19) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท

ทักษะชีวิต	เขตเมือง (n=120)		เขตชนบท (n=120)		t	*p*-value
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล		
1. ทักษะด้านการตัดสินใจ	3.91 (1.04)	สูง	3.40 (1.38)	ปานกลาง	3.25	0.001*
2. ทักษะการแก้ปัญหา	3.84 (1.05)	สูง	3.46 (1.30)	ปานกลาง	2.47	0.014*
3. ทักษะการคิดสร้างสรรค์	3.58 (0.96)	ปานกลาง	3.22 (1.27)	ปานกลาง	2.48	0.014*
4. ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	3.84 (0.99)	สูง	3.30 (1.38)	ปานกลาง	3.48	0.001*
5. ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	3.56 (1.03)	ปานกลาง	2.98 (1.31)	ปานกลาง	3.76	<0.001*
6. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.62 (1.01)	ปานกลาง	3.15 (1.32)	ปานกลาง	3.11	0.002*
7. ทักษะการตระหนักรู้ในตน	3.69 (1.06)	สูง	3.39 (1.36)	ปานกลาง	1.90	0.059
8. ทักษะการเข้าใจผู้อื่น	3.68 (1.00)	สูง	3.20 (1.28)	ปานกลาง	3.18	0.002*
9. ทักษะการจัดการอารมณ์	3.81 (1.02)	สูง	3.50 (1.38)	ปานกลาง	2.01	0.045*
10. ทักษะการจัดการความเครียด	3.85 (1.02)	สูง	3.60 (1.28)	ปานกลาง	1.68	0.094
รวม	3.74 (0.90)	สูง	3.32 (1.19)	ปานกลาง	3.06	0.002*

*p-value<0.05

6.3 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมือง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เท่ากับ 1.80 (S.D.=0.40) ซึ่งต่ำกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตชนบทที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.94 (S.D.=0.32) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value=0.003) โดยพฤติกรรมที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การมีเซ็กส์โดยไม่คำนึงถึงการรักษาพรหมจรรย์ ดูสื่อลามกอนาจาร และมีแฟนในวัยเรียน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	เขตเมือง (n=120)		เขตชนบท (n=120)		t	*p*-value
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล		
มีเซ็กส์โดยไม่คำนึงถึงการรักษาพรหมจรรย์	1.53 (0.88)	ต่ำ	2.30 (0.94)	ปานกลาง	6.47	<0.001*
ดูสื่อลามกอนาจาร	1.68 (0.90)	ปานกลาง	1.43 (0.81)	ต่ำ	2.26	0.025*
มีแฟนในวัยเรียน	1.82 (0.92)	ปานกลาง	2.18 (0.94)	ปานกลาง	-2.98	0.003*
รวม	1.80 (0.40)	ปานกลาง	1.94 (0.32)	ปานกลาง	-3.00	0.003*

**p*-value<0.05

6.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

จากการทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เมื่อควบคุมผลกระทบของปัจจัยทั้งหมด พบว่า นักเรียนที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (95%CI=1.37 to 6.54, *p*-value=0.006) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโดยการวิเคราะห์เชิงพหุถดถอย (Multiple logistic regression)

ตัวแปร	B	S.E.	Adjusted OR	95%CI		*p*-value
				Lower	Upper	
1. เพศ	0.45	0.37	1.58	0.76	3.30	0.223
2. อายุ	0.61	0.42	1.84	0.80	4.23	0.147
3. การดื่มแอลกอฮอล์	1.09	0.40	3.00	1.37	6.54	0.006*
4. การสูบบุหรี่	0.56	0.50	1.75	0.66	4.65	0.260
5. การใช้สารเสพติด	0.72	0.50	2.06	0.76	5.56	0.153
6. ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา	0.85	0.54	2.35	0.80	6.87	0.119
7. ทักษะชีวิต	0.50	0.52	1.65	0.55	4.86	0.365

**p*-value<0.05

6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับการมีเพศสัมพันธ์

จากการวิเคราะห์เชิงถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่ำเป็น 7.26 เท่า (95%CI=2.26 to 23.33, *p*-value<0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ตัวแปร	การมีเพศสัมพันธ์					
	B	S.E.	Crude OR	95%CI Lower	95%CI Upper	*p*-value
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (เสี่ยงต่ำ/เสี่ยงสูง)	1.98	0.60	7.26	2.26	23.33	<0.001*

*p-value<0.05

7. สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า นักเรียนในเขตเมืองมีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาสูงกว่านักเรียนในเขตชนบททุกด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) นอกจากนี้ นักเรียนในเขตเมืองยังมีทักษะชีวิตสูงกว่านักเรียนในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ในด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะการตัดสินใจ การแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ทักษะการตระหนักรู้ในตนและทักษะการจัดการความเครียดไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ นักเรียนในเขตชนบทมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่านักเรียนในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.003) โดยเฉพาะในพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีเซ็กส์โดยไม่คำนึงถึงการรักษาพรหมจรรย์ การดูสื่อลามกอนาจาร และการมีแฟนในวัยเรียน โดยนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในระดับสูงมีโอกาสในการมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำถึง 7.26 เท่า อีกทั้งการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ มักมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่พร้อม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะในการตัดสินใจที่ดีเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่จำเป็นในการลดความเสี่ยงทางเพศในกลุ่มนักเรียน

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า นักเรียนในเขตเมืองมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเพศวิถีศึกษาสูงกว่านักเรียนในเขตชนบท แสดงถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่มากกว่ากลุ่มชนบท นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนในเขตเมืองสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านเพศศึกษาผ่านอินเทอร์เน็ตและแหล่งข้อมูลดิจิทัลได้มากกว่าเขตชนบท[11] จึงสามารถซักถามข้อมูลเพื่อเพิ่มความมั่นใจได้ และจากผลการศึกษาในภาพรวมที่พบว่าความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาอยู่ในระดับปานกลางนั้น มีผลต่อแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การมีความรอบรู้สูงจึงเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมทักษะชีวิตและสนับสนุนสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท การพัฒนาทักษะชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เยาวชนสามารถป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้มากขึ้น โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมือง มีทักษะชีวิตที่สูงกว่านักเรียนเขตชนบท สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย โดยพบว่า นักเรียนในเขตเมืองมีทักษะชีวิตสูงกว่านักเรียนในเขตชนบท โดยเฉพาะทักษะด้านการจัดการความเครียดและการตัดสินใจ เนื่องจากทักษะเหล่านี้สามารถช่วยป้องกันตนจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นผลดีต่อการป้องกันสุขภาพทางเพศและสุขภาพจิตของเยาวชน[12] นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนในเขตเมืองมีทักษะการตัดสินใจสูงสุด สะท้อนถึงโอกาสในการฝึกฝนและการสนับสนุนจากโรงเรียน ขณะที่นักเรียนในเขตชนบทมีทักษะการจัดการความเครียดสูงสุด ซึ่งช่วยให้

รับมือกับปัญหาได้ดี การพัฒนาทักษะการสื่อสารควบคู่ไปกับทักษะเหล่านี้จะช่วยเสริมศักยภาพนักเรียนให้สามารถจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ และป้องกันความเสี่ยงทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า โดยรวมพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนในทั้งสองพื้นที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value=0.05) โดยเฉพาะพฤติกรรมการมีเซ็กส์โดยไม่คำนึงถึงการรักษาพรหมจรรย์ โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตชนบทมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่านักเรียนในเขตเมือง ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้และการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาในรัฐฟลอริดา พบว่า วัยรุ่นในเขตชนบทมีแนวโน้มในการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าวัยรุ่นในเขตเมือง[13] และการศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย โดยพบว่า อัตราความชุกพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มเยาวชนนอกระบบการศึกษามีค่าที่ค่อนข้างสูง เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การบริโภคแอลกอฮอล์ แรงกดดันจากเพื่อน การดูสื่อลามก และลักษณะการดูแลของผู้ปกครอง[14] นอกจากนี้ แม้ว่านักเรียนทั้งสองพื้นที่จะมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงจากการดูสื่อลามกอนาจารต่ำ แต่ยังพบพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ เป็นผลมาจากปัจจุบันเทคโนโลยีต่าง ๆ สามารถเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น จึงควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และแนวทางป้องกัน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยและเหมาะสม ผลการศึกษานี้ชี้ให้ถึงการเข้าใจความแตกต่างระหว่างพื้นที่ จะสามารถช่วยวางแผนเพื่อป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเมืองและเขตชนบท เมื่อควบคุมปัจจัยแล้ว พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยนักเรียนที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า (OR=3.00, 95%CI=1.375 to 6.543, *p*-value<0.05) เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสูงถึง 4.40 เท่า (OR=4.40, 95%CI=1.95 to 9.94) เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดอาการมึนเมาและขาดการควบคุมตนเอง ซึ่งนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกัน รวมทั้งเป็นปัจจัยหลักที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น[15] และจากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น[16] การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ในเรื่องสุขภาพเพศ หรือเพศวิถีศึกษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน การขาดความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย เช่น ทักษะชีวิตที่ไม่ครอบคลุมเพียงพอในการรับมือกับสถานการณ์จริง หรือการที่นักเรียนยังขาดทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกฝนในการนำความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาของนักเรียนในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจทำให้นักเรียนไม่สามารถใช้ความรู้นั้นในการตัดสินใจหรือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นถึงแม้ว่าจากผลการศึกษาจะไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แต่ก็ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะชีวิตและการประยุกต์ใช้ความรู้ที่เหมาะสมเพื่อให้นักเรียนสามารถรับมือกับแรงกดดันหรือสถานการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงได้

จุดอ่อนของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ซึ่งไม่สามารถระบุลำดับเหตุและผลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างชัดเจน อีกทั้งเป็นการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวในช่วงเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามระยะเวลาได้ นอกจากนี้ยังมี

ความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากการตอบคำถามย้อนหลัง (Recall bias) และอาจเกิดอคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection bias) หากการสุ่มตัวอย่างไม่ครอบคลุมประชากรเป้าหมายอย่างแท้จริง

8. ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google form เพียงช่องทางเดียว อาจมีข้อจำกัดในด้านความครอบคลุมและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ควรพิจารณาใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การใช้แบบสอบถามแบบไม่ระบุตัวตน หรือการจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบกระดาษควบคู่กับช่องทางออนไลน์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนสถานการณ์ได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1. เป็นข้อมูลในเชิงพื้นที่เพื่อเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีปัจจัยเสี่ยงที่สูงกว่า ควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมทางเพศเสี่ยง เช่น การดูสื่อลามกอนาจาร และการขาดความรู้เรื่องการป้องกันตนเองโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงนอกจากนี้ควรสนับสนุนกิจกรรมที่พัฒนาทักษะชีวิตด้านการสื่อสารและการจัดการความเครียดเพื่อให้นักเรียนสามารถปรับตัวต่อสังคมรับมือกับสถานการณ์กดดันและลดโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

2. ควรเสริมทักษะการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์เสี่ยงและการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มอย่างปลอดภัยในวัยรุ่น เช่น การตั้งขอบเขตในการดื่มหรือการดื่มในปริมาณที่ไม่เกินขีดจำกัดตามที่กำหนดโดยองค์กรสุขภาพ เช่น การทำแผ่นพับ สื่อประชาสัมพันธ์ออนไลน์ เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น

3. สถานศึกษาและหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข สามารถนำผลที่ได้ไปออกแบบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านเพศวิถีและทักษะชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของนักเรียนในแต่ละพื้นที่ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในอนาคต

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และขยายกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาในระดับที่กว้างขึ้น เช่น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือระดับอุดมศึกษา เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะสามารถนำไปอธิบายในภาพที่ชัดเจนได้มากยิ่งขึ้น

10. เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา เพ็ญศิรินภา. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(3):1-16.
2. ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. วัยรุ่นไทยกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2560;28(2):173-82.
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาวะทางเพศปลอดภัย แค่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 27 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://www.thaihealth.or.th/สุขภาวะทางเพศปลอดภัย.
4. อำพรรณี ศรีทอง. การมีเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นอำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
5. วิทยา แพงแสง, เกศินี สราญฤทธิชัย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของวัยรุ่นตอนต้น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2565; 29(3): 77-86.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

6. สาวิตรี ตุ้มมี. ความรู้และแหล่งความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาของนักเรียนระดับ ช่วงชั้นที่ 3 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากาฬสิทธิ์ เขต 1. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2551.
7. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนสุขภาพ. สรุปผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://hed.hss.moph.go.th.
8. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. งานพล ดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 1.6 ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ศูนย์ อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://hpc10.anamai.moph.go.th.
9. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. รายงานประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต] 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://hpc10.anamai.moph.go.th.
10. อังศินันท์ อินทรกำแหง และธัญชนก ขุมทอง. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560. 31(3); 19-38.
11. ณิชาภัทร ปุ่นมีกิจ, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเมืองพัทยา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563;34(1):13-29.
12. อรรถพล ภูอาษา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564;23(3):1-11.
13. Erika L, Helen M, Charlotte N, Wei W, Robert Z, Markku M, et al. Rural and urban Differences in Sexual Behavior Among Adolescents in Florida . 43(3). Florida: Springer; 2018.
14. Sifer SD, Getachew MS. Risky sexual behavior and associated factors among out-of-school youths in Addis Ababa, Ethiopia; mixed methods study. Reproductive Health 2024;June 15:1-11.
15. ปริยานุช ตั้งนรกุล, และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารแพทย์นาวี 2562;46(3):607-620.
16. Agadi VS, Kulsum U. A Study of Life Skills among Secondary School Students. IOSR Journal of Research & Method in Education (IOSR-JRME) 2021;11(3):33-5.

บทความวิจัย

ลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

อารียา ภูขันสูง[1] และ นพรัตน์ เสนาฮาด[2*]

(วันรับบทความ 12 พฤษภาคม 2568; วันแก้ไขบทความ 15 สิงหาคม 2568; วันตอบรับบทความ 12 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรด้านสาธารณสุขจำนวน 137 คน จากประชากรทั้งหมด 1,606 คน มาจากการคำนวณตามสูตรของ Cohen (1988) โดยสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (IOC>0.50) ทุกข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นด้านความรอบรู้ด้านดิจิทัลเท่ากับ 0.98 ด้านประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเท่ากับ 0.91 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านดิจิทัลและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร โดยรวมอยู่ในระดับมาก และความรอบรู้ด้านดิจิทัลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.698, *p*-value<0.001) โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลงานประจำ และด้านการเข้าถึงและตระหนักรู้ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้ร้อยละ 50.70 (R^2=0.507, *p*-value<0.001) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรเพื่อยกระดับประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน บุคลากรด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน

[1] นักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Noppse@kku.ac.th

กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10Journal

Research article

Demographic characteristics and digital literacy affecting work efficiency among healthcare personnel at community hospitals, Kalasin Province

Areeya Phukhansung[1] and Nopparat Senahad[2]*

(Received: May 12 2025; Revised: August 15 2025; Accepted: September 12 2025)

Abstract

This Cross-sectional analytical study aimed to study the demographic characteristics and digital literacy affecting work efficiency among healthcare personnel at community hospitals, Kalasin Province. The sample consisted of 137 healthcare personnel, selected from a population of 1,606 using Cohen's (1988) sample size calculation formula. The instrument used was a questionnaire. The questionnaire was validated for content validity by 3 experts (IOC>0.50) for all items, with reliability coefficients of 0.98 for digital literacy, 0.91 for work performance, and 0.98 for the entire questionnaire. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics at a statistical significance level of 0.05.

The study found that both digital literacy and work performance were at a high level. Digital literacy was moderately and significantly correlated with work performance (r=0.698, *p*-value<0.001). Specifically, digital literacy in using software for routine data analysis and digital access and awareness significantly predicted work performance, accounting for 50.7 percent of the variance 50.7 (R^2=0.507, *p*-value<0.001). The findings highlight the critical importance of enhancing digital literacy to strengthen the competency of healthcare personnel, thereby improving the quality and efficiency of community health services in a sustainable manner.

Keywords: Digital literacy, Work performance, Healthcare personnel, Community hospital

[1] student of Public Health Faculty, Khon Kean University
[2] assistant professor Public Health Faculty, Khon Kean University
* Corresponding Author Email: Noppse@kku.ac.th

กลุ่มอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RPC10Journal

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่สังคมดิจิทัลส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและรูปแบบการดำเนินงานในทุกภาคส่วน รวมถึงระบบเศรษฐกิจของประเทศ เช่น ภาคการผลิต การบริการ และระบบบริการสุขภาพ[1] การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ทันสมัย ทั่วถึง และเท่าเทียมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในระดับองค์กรและบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาองค์กรสู่ องค์กรสมรรถนะสูง MOPH-4T ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 โดยมีแนวทางขับเคลื่อน 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ T1 Trust การสร้างความไว้วางใจ T2 Teamwork & Talent การทำงานเป็นทีมและส่งเสริมคนเก่ง T3 Technology การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และ T4 Target การทำงานที่มุ่งเป้าหมาย พร้อมสร้างความสุขแก่บุคลากร[2] ในยุคของการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและซับซ้อน องค์กรต่าง ๆ ต้องเผชิญกับความท้าทายในการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะองค์กรด้านสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน จำเป็นต้องยกระดับศักยภาพและสมรรถนะขององค์กรให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่หลากหลายและซับซ้อนได้อย่างทันท่วงที ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเป็นผลจากการกระทำที่ได้มาตรฐาน ถูกต้อง และมีคุณภาพ โดยความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดผลอย่างรวดเร็ว คุ้มค่า ถูกเกณฑ์ และทันเวลา ทำให้เกิดความพึงพอใจเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยมีแนวคิดขององค์ประกอบในการวัดประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามแนวคิดของ Peterson and Plowman[3] ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณภาพงาน 2) ด้านปริมาณงาน 3) ด้านเวลา และ 4) ด้านค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม การเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร ไม่สามารถอาศัยเพียงเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะลักษณะประชากรศาสตร์ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและศักยภาพในการทำงาน[4] โดยลักษณะทางประชากรศาสตร์ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน นอกจากลักษณะทางประชากรศาสตร์ การใช้เทคโนโลยีในปัจจุบันมีความสำคัญอย่างมากในการนำมาประยุกต์ใช้ปฏิบัติงานเพื่อให้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น จึงต้องอาศัยความรอบรู้ด้านดิจิทัล (Digital literacy) เป็นการใช้เทคโนโลยีในปัจจุบันมีความสำคัญอย่างมากในการนำมาประยุกต์ใช้ปฏิบัติงานเพื่อให้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น จึงต้องอาศัยความรอบรู้ด้านดิจิทัล (Digital literacy) ซึ่งเป็นความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลและทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อค้นหา ประเมิน สร้าง และแบ่งปันข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ[5] ซึ่งตามแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้แบ่งออกเป็น 7 หน่วยความสามารถนั้น ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ลักษณะของเนื้อหา ในหน่วยที่ 3 และหน่วยที่ 4 ซึ่งมีลักษณะความหมายของเนื้อหาคล้ายคลึงกัน โดยผู้ศึกษาจึงได้นำมาประยุกต์เพื่อให้เหมาะแก่การวิจัยในครั้งนี้ไว้ 6 หน่วยความสามารถ ได้แก่ 1) การเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล 2) การใช้งานเครื่องมือด้านดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันขั้นต้นสำหรับการทำงาน 3) การประยุกต์ใช้ดิจิทัลเพื่อการทำงาน 4) การผลิตชุดข้อมูลเพื่อการบริการสาธารณะ 5) การใช้ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และ 6) การใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาในลักษณะที่คล้ายกัน พบว่า ปัจจัยทางการบริหาร (ด้านเทคโนโลยี) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดมหาสารคาม (r=0.444, *p*-value <0.001)[6] และปัจจัยทักษะด้านดิจิทัลที่จำเป็นมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านดิจิทัลของบุคลากร กรมการปกครอง สังกัดกระทรวงมหาดไทย (r=0.628, *p*-value<0.001)[7] อีกทั้งปัจจัยทางการบริหาร (ด้านเทคโนโลยี) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา (r=0.620,

p-value<0.001)[8] รวมถึงความฉลาดทางดิจิทัลมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติการตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการของนักเทคนิคการแพทย์ ในเขตสุขภาพที่ 7 (r=0.450, *p*-value<0.001)[9] โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 17 แห่ง โดยมีจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุข ทั้งหมดจำนวน 1,606 คน ประกอบด้วย แพทย์ 146 คน ทันตแพทย์ 71 คน เภสัชกร 117 คน นักเทคนิคการแพทย์ 58 คน นักกายภาพบำบัด 51 คน พยาบาลวิชาชีพ 1,045 คน และนักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข 118 คน[10] จากผลการตรวจราชการรายงานการบริหารจัดการองค์กรที่ดี จังหวัดกาฬสินธุ์ที่ผ่านมา พบข้อจำกัดด้านบุคลากรไม่เพียงพอและขาดทักษะดิจิทัล ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลล่าช้าและคุณภาพงานลดลง การใช้เทคโนโลยีใหม่ยังเป็นอุปสรรคทำให้ใช้เวลางานมากขึ้น เกิดผลกระทบต่อรายได้จากบริการ และการเข้าถึงสารสนเทศด้านสุขภาพยังไม่ทั่วถึง ส่งผลต่อการวางแผนและแก้ปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ[11] การที่บุคลากรมีทักษะความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทั้งในการจัดการและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและปลอดภัยการวิเคราะห์ข้อมูลช่วยในการตัดสินใจและการวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นการใช้เครื่องมือดิจิทัลในการสื่อสารและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นตามนโยบายการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และแอปพลิเคชันสุขภาพต่าง ๆ เพื่อสามารถให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและทันสมัย ตอบสนองความต้องการของประชาชนในยุคปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการทั้งด้านคุณภาพงาน ปริมาณงาน การลดระยะเวลาการทำงานให้รวดเร็วขึ้น รวมถึงความสามารถในการประหยัดงบประมาณในการดำเนินงาน และเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาขีดความสามารถเชิงดิจิทัลของภาครัฐด้านการสาธารณสุขของประเทศไทย เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาลักษณะประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กรได้ดียิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

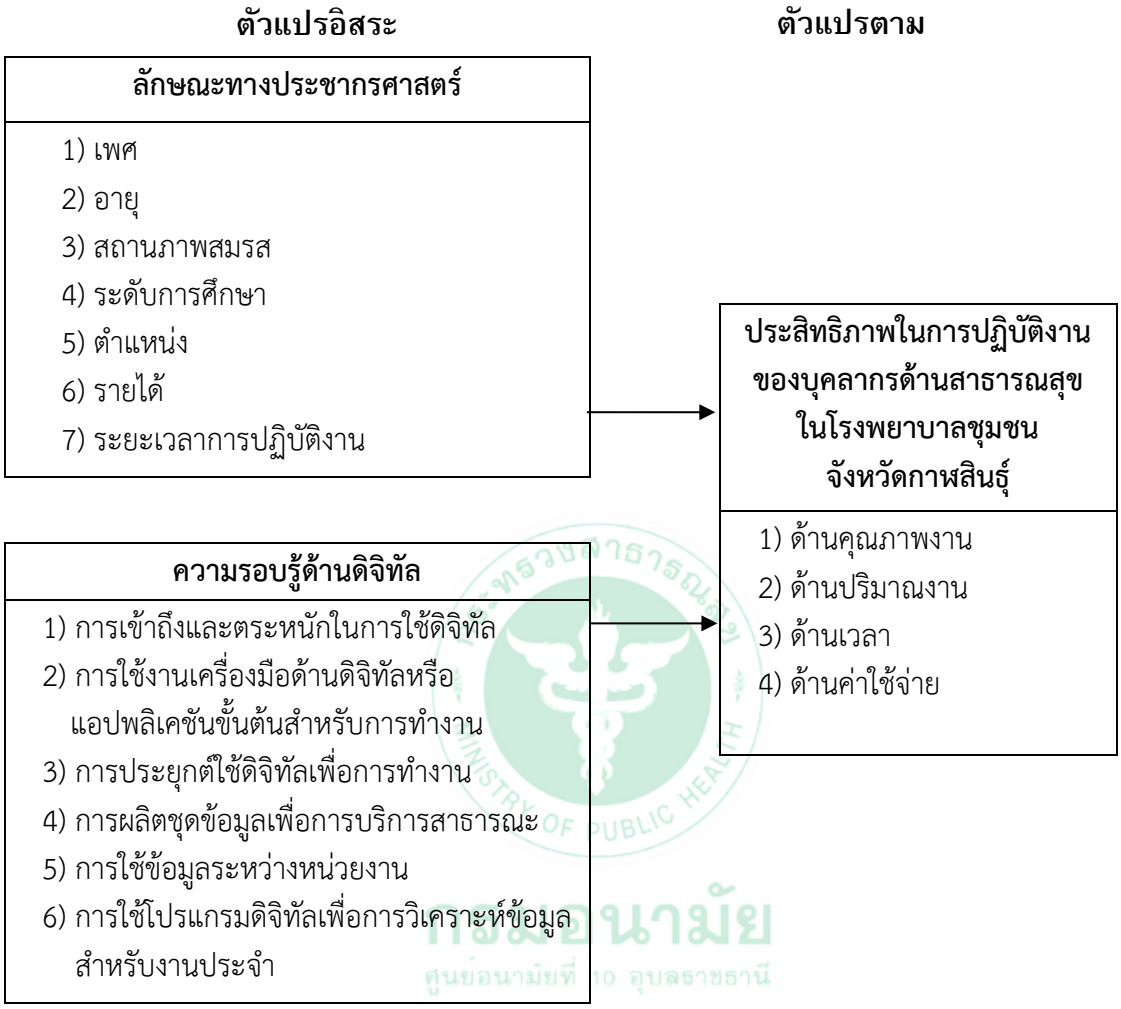
เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ ระดับความรอบรู้ด้านดิจิทัล ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้นำแนวคิดมาใช้โดยตัวแปรอิสระ คือ ลักษณะทางประชากรศาสตร์[4] และความรอบรู้ด้านดิจิทัล[5] รวมถึงตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข[3] มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษางานวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลแบบเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขหรือนักสาธารณสุข จำนวน 1,606 คน

5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Cohen[12] ดังนี้

$$N = \frac{\lambda(1-R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w$$

ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับ 124 คน เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างนั้น เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล อีกทั้งเพื่อลดปัญหา และลดอคติ

ของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนวรรณกรรมถึงอัตราการตอบกลับในการใช้สูตรคำนวณของอรุณ จิรวัฒน์กุล[13] ดังนี้ $n_{adj} = n / (1-R)$ เมื่อ R เป็นสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ดังนั้น ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 137 คน

5.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 137 คน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบ่งประชากรออกเป็นวิชาชีพและเทียบสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรในแต่ละวิชาชีพ ได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรที่ทำการศึกษาตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อประชากร และจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่ง

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	พยาบาลวิชาชีพ	1,045	86
2	แพทย์	146	13
3	นักวิชาการสาธารณสุขหรือนักสาธารณสุข	118	11
4	เภสัชกร	117	10
5	ทันตแพทย์	71	7
6	นักเทคนิคการแพทย์	58	5
7	นักกายภาพบำบัด	51	5
	รวม	**1,606**	**137**

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานสายวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขหรือนักสาธารณสุข ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ที่ไม่สมัครใจหรือไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) ผู้ที่อยู่ระหว่างการลา เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ

5.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) มีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ เป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) รายได้ และ 7) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามแบบปลายเปิดให้เติม ข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านดิจิทัลในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 6 หน่วยความสามารถ ได้แก่ 1) การเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล 2) การใช้งานเครื่องมือด้านดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันขั้นต้นสำหรับการทำงาน 3) การประยุกต์ใช้ดิจิทัลเพื่อการทำงาน 4) การผลิตชุดข้อมูลเพื่อการบริการสาธารณะ 5) การใช้ข้อมูล

ระหว่างหน่วยงาน และ 6) การใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2 และ 1) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ[14] และแปลผลคะแนนจากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์จัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด[15]

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณภาพงาน 2) ด้านปริมาณงาน 3) ด้านเวลา และ 4) ด้านค่าใช้จ่าย โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2 และ 1) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ[14] และแปลผลคะแนนจากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์จัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด[15]

5.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและได้แก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาซ (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.98 และเมื่อวิเคราะห์รายตัวแปรมีค่าดังต่อไปนี้ (1) ความรอบรู้ด้านดิจิทัล มีค่าเท่ากับ 0.98 และ (2) ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมีค่าเท่ากับ 0.91

5.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ Google forms (Questionnaire on google forms) กับกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 14 พฤศจิกายน 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567 มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 137 คน คิดเป็นร้อยละ 100

5.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางด้านสถิติ SPSS ประมวลผลข้อมูลสถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Elifson et. al[16] มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่ง ระดับดังนี้

r = 0	หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์
r = ± 0.01 ถึง ± 0.30	หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ
r = ± 0.31 ถึง ± 0.70	หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง
r = ± 0.71 ถึง ± 0.99	หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง
r = ± 1	หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RPC10Journal

และใช้สถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression) เพื่อหาลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะดำเนินการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวอาสาสมัครหรือสถานที่ทำงาน มีมาตรการในการรักษาความลับ ซึ่งในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อสกุล สถานที่อยู่ ที่ทำงาน หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ โดยการทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2567 ลำดับที่ 3.4.06 42/2567 เลขที่ HE67221

7. ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 84.70 โดยช่วงอายุที่มีมากที่สุด คือ ช่วงระหว่าง 30 - 40 ปี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 48.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.00 ปี (S.D.=8.00 ปี) อายุต่ำสุด 20 ปี มากสุด 58 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 64.20 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 86.10 มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 โดยมีรายได้ มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 29.20 รายได้เฉลี่ย 46,041.82 บาท มีค่ามัธยฐาน 40,000 บาท รายได้ต่ำสุด 10,000 บาท รายได้สูงสุด 200,000 บาท มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 1- 10 ปี จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 43.10 มีค่ามัธยฐาน 12 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 36 ปี

2. ระดับความรอบรู้ด้านดิจิทัลของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านดิจิทัล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D.=0.60) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D.=0.63) รองลงมา คือ ด้านการใช้งานเครื่องมือด้านดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันขั้นต้นสำหรับการทำงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.71) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการผลิตชุดข้อมูลเพื่อการบริการสาธารณะ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D.=0.78) รองลงมา คือ ด้านการใช้ข้อมูลระหว่างหน่วยงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.65 (S.D.=0.73) ตามลำดับ

3. ระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D.=0.48) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านคุณภาพงาน ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.27 (S.D.=0.51) รองลงมา คือ ด้านเวลา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D.=0.59) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านค่าใช้จ่าย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D.=0.67) รองลงมา คือ ด้านปริมาณงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D.=0.58) ตามลำดับ

4. ลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

4.1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ พบว่า ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ตัวแปรตำแหน่ง (พยาบาลวิชาชีพ) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ (เชิงผกผัน) กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญ (r=-0.177, *p*-value=0.039) ส่วนตัวแปรเพศ (หญิง) อายุ สถานภาพสมรส (สมรส) ระดับการศึกษา (อนุปริญญาและปริญญาตรีหรือเทียบเท่า) รายได้และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

4.2 ความรอบรู้ด้านดิจิทัล พบว่า ภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านดิจิทัลมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=0.600 to 0.775; r=0.698, *p*-value<0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านดิจิทัลทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ (95%C=0.518 to 0.723; r=0.631, *p*-value<0.001) ด้านการเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล (95%CI=0.512 to 0.719; r=0.626, *p*-value<0.001) ด้านการใช้งานเครื่องมือด้านดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันขั้นต้นสำหรับการทำงาน (95%CI= 0.461 to 0.684; r=0.583, *p*-value<0.001) ด้านการประยุกต์ใช้ดิจิทัลเพื่อการทำงาน (95%CI=0.505 to 0.713; r=0.620, *p*-value<0.001) ด้านการใช้ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (95%CI=0.426 to 0.660; r=0.554, *p*-value<0.001) และด้านการผลิตชุดข้อมูลเพื่อการบริการสาธารณะ (95%CI=0.384 to 0.631; r=0.519, *p*-value<0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านดิจิทัลกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ความรอบรู้ด้านดิจิทัล	ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข				
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	95%CI		*p*-value	ระดับความสัมพันธ์
		Lower	Upper		
1. การเข้าถึงและตระหนัก ในการใช้ดิจิทัล	0.626***	0.512	0.719	<0.001	ปานกลาง
2. การใช้งานเครื่องมือด้านดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันขั้นต้นสำหรับการทำงาน	0.583***	0.461	0.684	<0.001	ปานกลาง
3. การประยุกต์ใช้ดิจิทัลเพื่อการทำงาน	0.620***	0.505	0.713	<0.001	ปานกลาง
4. การผลิตชุดข้อมูลเพื่อการบริการสาธารณะ	0.519***	0.384	0.631	<0.001	ปานกลาง
5. การใช้ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน	0.554***	0.426	0.660	<0.001	ปานกลาง
6. การใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ	0.631***	0.518	0.723	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวม	**0.698*** **	**0.600**	**0.775**	**<0.001**	**ปานกลาง**

*** Correlation is significant at the level<0.001

5. ลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ และความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 49.9 (R^2_{adj}=0.499, *p*-value<0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	95%CI		T	*p*-value	R^2	R^2_{adj}	R^2_{change}
		lower	upper					
1. ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ	0.272	0.176	0.369	5.574	<0.001	0.399	0.394	-
2. ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล	0.305	0.194	0.417	5.421	<0.001	0.507	0.499	0.108
ค่าคงที่=1.817, F=68.821, *p*-value<0.001, R=0.712, R^2=0.507, R^2adj=0.499								

6. สรุปตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในแต่ละด้านจะมีตัวแปรย่อยที่สามารถอธิบายตัวแปรตามแตกต่างกันและสามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดังนี้

6.1 ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ คือ การกำหนดข้อมูลและรูปแบบข้อมูลนำเข้าโดยใช้โปรแกรมดิจิทัลในการวิเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการทำงานของหน่วยงาน ประกอบด้วย การกำหนดการนำเข้าข้อมูล (Input Data) เพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูลสำหรับงานประจำ การกำหนดรูปแบบสมการหรือแนวทางวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมดิจิทัล เช่น จัดกลุ่มข้อมูลได้หรือวิเคราะห์การกระจายและความสัมพันธ์ของข้อมูลได้ กำหนดรูปแบบการแสดงผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ข้อมูล การติดตามข้อมูลตัวชี้วัดงานประจำจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการจัดทำข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงการทำงานของหน่วยงานจากข้อมูลสารสนเทศที่ได้ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าความสามารถกำหนดรูปแบบข้อมูลหรือแนวทางวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมดิจิทัล เช่น จัดกลุ่มข้อมูลได้หรือวิเคราะห์การกระจายและความสัมพันธ์ของข้อมูล มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

6.2 ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล ประกอบด้วย การเข้าถึงอุปกรณ์ เทคโนโลยีดิจิทัล คือ ความสามารถในการเข้าถึงการใช้งานคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัยและถูกต้อง ประกอบด้วย การเข้าถึงอุปกรณ์ เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต สมาร์ตโฟน เพื่อการปฏิบัติงาน ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการจากโปรแกรม ระบบงานของโรงพยาบาล ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลความรู้ งานวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ ความสามารถในการแยกแยะความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ และการตระหนักในการใช้โปรแกรม

ดิจิทัลหรืออินเทอร์เน็ตอย่างถูกต้องและปลอดภัย เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความสามารถสืบค้นข้อมูล ความรู้ งานวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

8. สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทางประชากรศาสตร์และความรอบรู้ด้านดิจิทัลที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยตัวแปรที่มีผลและถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการ เรียงลำดับดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 39.90 (R^2=0.399, *p*-value<0.001) แสดงให้เห็นว่าทักษะการใช้เทคโนโลยีในการจัดการ วิเคราะห์และแปลงข้อมูลให้เป็นสารสนเทศเชิงลึก เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขได้ อีกทั้งยังช่วยลดความซับซ้อนของขั้นตอนการทำงาน ลดภาระงานซ้ำซ้อน ประหยัดเวลา และเพิ่มความถูกต้องแม่นยำได้มากขึ้น โดย สอดคล้องกับแนวคิด Technology acceptance model (TAM) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived usefulness) และความง่ายต่อการใช้งาน (Perceived ease of use) ของเทคโนโลยี จะส่งผลให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจในการใช้งานและปรับใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[17] อีกทั้งยังสนับสนุนแนวคิด Evidence-based management ที่เน้นการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการตัดสินใจและการจัดการ ซึ่งช่วยให้การดำเนินงานมีความแม่นยำและสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร[18] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า คุณภาพของระบบสารสนเทศ (ด้านการใช้งาน) มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานรายบุคคล เพื่อการบริการทางการแพทย์ในยุคดิจิทัล (R^2=0.796, *p*-value<0.001)[19] และปัจจัยทางการบริหาร (ด้านเทคโนโลยี) มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และส่งผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 10 (R^2=0.665, *p*-value<0.05)[20] ทั้งนี้ เนื่องจากนโยบายด้านการบริหารและวัฒนธรรมองค์กร รวมถึงบริบทพื้นที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ของบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน มีปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน เช่น ทักษะเฉพาะทางด้านสาธารณสุข การสนับสนุนด้านทรัพยากรจากองค์กร สภาพแวดล้อมการทำงาน แรงจูงใจส่วนบุคคล และการมีส่วนร่วมของทีมงาน โดยองค์กรควรส่งเสริมทั้งด้านการพัฒนาความรอบรู้ดิจิทัลควบคู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวม จึงส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า ปัจจัยทางการบริหาร (ด้านเทคโนโลยี) ไม่มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของบุคลากรแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 7[21] และยังพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร (ด้านเทคโนโลยี) ไม่มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และส่งผลต่อการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8[22]

2. ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 10.8 (R^2=0.108, *p*-value<0.001) แสดงว่าการเข้าถึงข้อมูลดิจิทัลและตระหนักถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพ สามารถใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ วางแผน และปรับปรุงกระบวนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิผล นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความแม่นยำ ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน

และส่งเสริมการเรียนรู้และปรับตัวต่อเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในองค์กรได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน แต่บริบทแตกต่างกัน พบว่า การใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล (ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์) มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของพนักงานธนาคารของรัฐขนาดใหญ่ (R^2=0.520, *p*-value<0.05)[23] รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่ (ด้านจัดการทรัพยากรข้อมูล) มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน ด้านการเงิน ของธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารในประเทศไทย(R^2=0.168, *p*-value<0.001)[24] และปัจจัยด้านทักษะด้านดิจิทัล (ด้านความสามารถ) มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านดิจิทัลของบุคลากร กรมการปกครอง สังกัดกระทรวงมหาดไทย[25] ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่บริบทและการรับรู้ เข้าถึงการใช้เทคโนโลยีที่แตกต่างกัน รวมถึงลักษณะทางประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านองค์กร และเทคโนโลยี เพื่อให้ได้แนวทางพัฒนาแบบบูรณาการ จึงส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มี ผู้ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า ปัจจัยด้านความตระหนักในอิทธิพลของสื่อไม่มีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อของพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นแชด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2[26]

สรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการใช้โปรแกรมดิจิทัลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานประจำ ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ด้านการเข้าถึงและตระหนักในการใช้ดิจิทัล ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์และมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 50.7 (R^2=0.507, *p*-value<0.001)

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกาฬสินธุ์ควรสนับสนุนโครงการอบรมหรือหลักสูตรที่ช่วยเสริมสร้างทักษะด้านดิจิทัลให้กับบุคลากร โดยเน้นไปที่การใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักสูตรการใช้โปรแกรม Excel และ Power BI หรือหลักสูตร Google workspace for healthcare สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้เพื่อใช้ในงานด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ควรมีนโยบายสุขภาพดิจิทัล (Digital health) มาปรับใช้ในสถานพยาบาล เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขเข้าถึงและเกิดความตระหนักถึงประโยชน์ของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและใช้แพลตฟอร์มในระบบบริการสุขภาพ เช่น Telemedicine platform (เช่น MorDee, Clicknic, Doctor A to Z) หรือ Smart OPD / Digital OPD และอื่นๆ

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้โปรแกรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เช่น วัฒนธรรมองค์กร ทัศนคติต่อเทคโนโลยี หรือการสนับสนุนจากผู้บริหาร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปพัฒนานโยบายด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในภาคสาธารณสุขได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น ปัจจัยด้านนโยบายภายนอก (กฎหมายดิจิทัล KPI และนโยบายจากกระทรวงหรือหน่วยงานกลาง) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร/โครงการสร้างพื้นฐาน (อินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ และการสนับสนุนด้านเทคนิค) ปัจจัยด้านจิตวิทยาและ

พฤติกรรม (ทัศนคติต่อเทคโนโลยี ความมั่นใจในตนเอง และความเต็มใจเปลี่ยนแปลง) และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมองค์กร (สนับสนุนจากผู้บริหาร วัฒนธรรมการเรียนรู้ และสื่อสารภายใน) เป็นต้น

10. เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปผู้บริหาร. ใน: ผศ. (พิเศษ) นพ.พลวรรธน์ วิทูรกลชิต. ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560 – 2569). (15). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2560.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. Peterson E, Plowman EG. Business Organization and Management. Homewood, Illinois: Richard D. Irwin; 1989.
4. สันทัด เสริมศรี. ประชากรศาสตร์ทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
5. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. ทักษะด้านดิจิทัลที่จำเป็นสำหรับข้าราชการและบุคลากรภาครัฐเพื่อปรับเปลี่ยนเป็นรัฐบาลดิจิทัล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; 2561.
6. นันทวัน บัวใหญ่, นพรัตน์ เสนาฮาด, กฤษณะ อุ่นทะโคตร. ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2567;32(2):262–276.
7. พงศภัค แสงใสแก้ว, ชาติชัย อุดมกิจมงคล, สามารถ อัยกร. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านดิจิทัลของบุคลากรกรมการปกครอง สังกัดกระทรวงมหาดไทย. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2566;4(1):45–58.
8. นรภัทร น้อยสุวรรณ์, ประจักร บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารทันตาภิบาล 2566;34(1):71–83.
9. Phordee W, Prasit N, Nonthamat A, Sresutham P. Holistic intelligence and smart organization affecting the performance of standard medical laboratory guidelines of medical technologists at community hospitals in Health Region 7. Journal of Associated Medical Sciences 2025;58(2):109–21. DOI: 10.12982/JAMS.2025.044.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน. กาฬสินธุ์: กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2567.
11. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. สรุปผลการตรวจราชการ รายจังหวัด กาฬสินธุ์ (รอบที่ 1 ปี 2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://inspection.moph.go.th/e-inspection/public/report_presentation/province/show_file_presentation_province.php?id_report_presentation=OEZPeWYyaE1Yd0R1aGhzVFFMWXVlUT09&id_area=RjUvdWhXS1ZIWkFFbTd1Q0p2cUhHQT09&province_code=KzRRRXJleGV5OERadkxLeVdOMk5PUT09
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Mcgraw-Hill; 1988.
13. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2558.

14. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
15. สำเริง จันทรสุวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
16. Elifson KW, Runyon RP, Haber A. Funda-mentals of social statistics. 2nd ed. New York; McGraw-Hill; 1990.
17. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Quarterly. 1989;13(3):319-40.
18. Pfeffer J, Sutton RI. *Hard Facts, Dangerous Half-Truths, and Total Nonsense: Profiting from Evidence-Based Management*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
19. อลิชา มุณีสว่าง, วศิน เหลี่ยมปรีชา, วิมลา ผ่องแผ้ว. วิธีการวัดคุณภาพของระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานรายบุคคลเพื่อการบริการทางการแพทย์ในยุคดิจิทัล. วารสารวิทยาการจัดการ มรภ.พิบูลสงคราม 2567;6(3):74-88.
20. รัฐธีร์ สินธุศรีวิศาล, สุรชัย พิมหา, กรรณิกา ศิริจันทร์. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2567;24(4):79-92.
21. สหภาพ คำโฮง, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุภารัตน์ ทัพโพธิ์. ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางการบริหารและบรรยากาศองค์การกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของบุคลากรแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มข. 2567;17(3):136-151.
22. นาถอนงค์ พิลาฤทธิ์, ประจักร บัวผัน. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8. วารสารทันตาภิบาล 2566;34(2):36-49.
23. สุพรรณี รัตนโรจน์มงคล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของพนักงานธนาคารของรัฐขนาดใหญ่ ABC [การค้นคว้าอิสระ]. กรุงเทพฯ: ม.ธรรมศาสตร์, คณะพาณิชย์ฯ; 2563.
24. อุทิศ พงษ์จิรวัฒนา, จีรนันท์ พรหมมา, นิติพงษ์ ส่งศรีโรจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่กับประสิทธิภาพการดำเนินงานของธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารในประเทศไทย. วารสารการบัญชีและการจัดการ มมส. 2562;11(1):67-75.
25. พงศภัค แสงใสแก้ว, ชาติชัย อุดมกิจมงคล, สามารถ อัยกร. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านดิจิทัลของบุคลากรกรมการปกครอง สังกัดกระทรวงมหาดไทย. วารสารวิทยาการจัดการ มรภ.สกลนคร 2566;4(1):45-58.
26. อัญชลี อินทะเสน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรู้เท่าทันสื่อของพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นแชด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: ม.นเรศวร; 2566.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10Journal

บทความวิจัย

ความรอบรู้และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

บุญชัย ภาละกาล[1*], ณัฐพร คนไว[2], นิรัชพร สีงาม[3], บุษบา สิงห์แจ่ม[4] , ประกายดาว ทานะวิโรจน์[5] และ ปราณปริยา ชาวน่าน[6]

(วันรับบทความ 23 มีนาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 28 สิงหาคม 2568 วันตอบรับบทความ 25 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1- ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2567 จำนวนทั้งสิ้น 124 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีความเที่ยง (Cronbach's alpha=0.78-0.95) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Chi-Square Test โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพรวมอยู่ในระดับเพียงพอ ($\bar{x}$=45.25, S.D.=8.241) โดยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และ ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และ ประสบการณ์การเรียนหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรและรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับเพียงพอมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
[2-6] นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
[*] ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: boonchai@bcnsp.ac.th

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

Research Article

Rational Drug Use Literacy and Factors related to Rational Drug Use Literacy among nursingstudents at Boromarajonani College of Nursing, Sanpasitthiprasong

Boonchai Phalakan[1*], Natthaporn Konwai[2], Niratchaporn Seengam[3], Boothsaba Singhjam[4], Prakaydoa thanawiroj[5] and Pranpreya chawnan[6]

(Received: March 23 2025; Revised: August 28 2025; Accepted: September 25 2025)

Abstract

This correlational study aims to examine the level of rational drug use literacy and the factors associated with it among Bachelor of Nursing Science students at Boromarajonani College of Nursing, Sanpasitthiprasong The sample consisted of 124 students from Year 1 to Year 4 during the 2024 academic year. Data were collected using a validated questionnaire (Cronbach's alpha =0.78-0.95). Descriptive statistics, including means and percentages, were used to analyze general data. Hypotheses were tested using Chi-Square tests to identify factors related to the level of rational drug use literacy, with a significance level set at .05.

The results indicated that nursing students had an overall adequate level of rational drug use literacy (Mean=45.25, S.D.=8.241). Year 3 students scored the highest on average, while Year 1 students scored the lowest. Statistically significant factors influencing the level of rational drug use literacy at the .05 level included year of study, enrollment in pharmacology courses, participation in nursing practicum, and experience in lessons related to rational drug use. The findings can be utilized to inform curriculum development and teaching strategies to enhance students' rational drug use literacy to a more satisfactory level.

Keywords: knowledge, factors, rational drug use, nursing students

[1] Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasitthiprasong
[2-6] Bachelor of Nursing Science students, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasitthiprasong Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasitthiprasong
* Corresponding author Email: boonchai@bcnsp.ac.th

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก(WHO)[1] นิยาม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)” ว่า คือ “การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” จากรายงานระบุว่าทั่วโลกมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อผลข้างเคียงและอันตรายจากยารวมถึงเกิดการสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ[2] นอกจากนี้ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลยังก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่เป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขระดับโลกอย่างเร่งด่วน โดยมีรายงายผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 1.27 ล้านคนทั่วโลก และเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตเกือบ 5 ล้านคนในปี 2562 ในสหรัฐอเมริกา มีการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่า 2.8 ล้านรายในแต่ละปี ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 35,000 คน[3] ในประเทศไทยสภาพปัญหาจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ได้แก่ ข้อบ่งชี้ ระยะเวลา ปริมาณยาที่ไม่เหมาะสมหยุดยาก่อน และการใช้ยาปฏิชีวนะด้วยตนเอง ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อความปลอดภัยของประชาชนและผู้ป่วย ทำให้เกิดการดื้อยา จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติพบว่า อัตราการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น[4] โดยสาเหตุสำคัญของเชื้อดื้อยา คือ การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล มีการบริโภคยาปฏิชีวนะเป็นจำนวนมากจะก่อให้เกิดการดื้อยามากขึ้น และในประเทศไทยยังพบว่าการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน การสั่งใช้ยาไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษา การใช้ยารักษาด้วยตนเองไม่เหมาะสม การซื้อยาจากแหล่งที่ไม่เหมาะสม เช่น จากร้านชำ ตลาดนัด รถเร่ ออนไลน์ หรือการใช้ยาชุดจนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา[5]

การแก้ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) ในเดือนตุลาคม พ.ศ.2557 เพื่อสร้างต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทยและได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลในสังกัดดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว โดยบรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข[6] จากการสำรวจความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Literacy: RDUL) ในบุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2567 พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในภาพรวมเจ้าหน้าที่มีระดับความรอบรู้ ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 76.4 และมีระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ เพียงพอ (>ร้อยละ 60) คิดเป็นร้อยละ 86.0 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ในภาพรวม อสม. มีระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลร้อยละ 61.8 และมีระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เพียงพอ (>ร้อยละ 50) คิดเป็น ร้อยละ 70.9 ในระดับประชาชน พบว่า ภาพรวมประชาชนมีระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 64.9 และส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เพียงพอระดับดี (ร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม) คิดเป็นร้อยละ 43.9[7] สำหรับระดับความรอบรู้ ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในนักศึกษาพยาบาลยังไม่พบข้อมูลที่เป็นการศึกษาในทั่วประเทศ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบันจะต้องไปเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ให้บริการประชาชนในอนาคต ดังนั้นแล้ว หากได้มีการศึกษาระดับความรอบรู้และพัฒนาหรือสร้างเสริมความรอบรู้ดังกล่าวนี้ตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาลย่อมจะส่งผลทำให้ระดับความรอบรู้ ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรในอนาคตอยู่ในระดับที่เพียงพอมากยิ่งขึ้น

สภาการพยาบาลกำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล โดยส่งเสริมการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนร่วมกันเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ โดยบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีสมรรถนะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2560-2564 โดยใช้วิธีการเรียนการสอนและการประเมินผลที่หลากหลายประกอบกับการใช้กรณีตัวอย่างจากสถานการณ์จริง[8]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง[9] และจากหลายรายงานพบสอดคล้องกันว่า ประชาชนที่มี HL ต่ำ จะส่งผลให้อัตราการตาย เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้จ่ายในการรักษาสูงเพราะมีความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลสุขภาพตนเองต่ำ มีการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพต่ำ ในประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องและได้ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพในหลาย ๆ เรื่องหลากหลายมิติและหนึ่งในนั้นคือการพัฒนาความรอบรู้ในด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Literacy)

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรอบรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล พบว่ายังมีการศึกษาไม่มากนักโดยส่วนใหญ่ทำการศึกษาเชิงสำรวจ เช่น การศึกษาวิจัยของ นภัทร บุญเทียม[10] เรื่อง ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ การศึกษาวิจัยของ เกศราภรณ์ ชูพันธ์และคณะ[11] เรื่อง ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลของรัฐในจังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาวิจัยของอลงกรณ์ สุขเรืองกูลและคณะ[12] เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาดังกล่าวแม้จะมีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับความรอบรู้และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล แต่ยังพบว่าตัวแปรที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกัน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องความรอบรู้และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล โดยสนใจตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้แก่ ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และประสบการณ์การเรียนหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เนื่องจากเป็นปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อความรอบรู้ดังกล่าว และสามารถนำมาพัฒนาปรับปรุงได้ ทั้งนี้ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล เพื่อช่วยเพิ่มความรอบรู้อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของนักศึกษาพยาบาลให้เหมาะสม และสามารถถ่ายทอดความรอบรู้ และมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นแบบอย่างแก่ผู้ป่วย นำไปสู่การพัฒนาความรอบด้านรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

3. คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์อยู่ในระดับใด

2. ปัจจัยด้าน ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และประสบการณ์การเรียนหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์หรือไม่

4. สมมติฐานการวิจัย

ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และ ประสบการณ์การเรียนในหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

5. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความรอบรู้ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ โดยปัจจัยที่สนใจศึกษาพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลและประสบการณ์การเรียนหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การศึกษาวิจัยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Don Nutbeam[9] โดยเน้นการประเมินทักษะทั้ง 6 ด้าน ใน 3 ระดับคือในระดับพื้นฐานได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การจัดการตนเอง และในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ และระดับวิจารณญาณได้แก่การเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น โดยใช้เครื่องมือประเมินตามตามกรอบแนวคิด ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Literacy: RDU Literacy) โดยสรุปได้ดังนี้

ตัวแปรต้น → **ตัวแปรตาม**

1. ระดับชั้นปี
2. การเรียนวิชาเภสัชวิทยา
3. การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล
4. ประสบการณ์การเรียนหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

→ ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Literacy)

6. วิธีการดำเนินการวิจัย

6.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (correlational research)

6.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 651 คน

6.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ระดับชั้นปีที่1-4 ปีการศึกษา 2567 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Correlation: Point biserial model โดยกำหนดตามคำแนะนำของ Cohen[13] คำนวนได้ค่าอิทธิพล ระดับ Medium (Effect Size)=.30 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power=.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 111 คน โดยคำนวณเผื่อ Drop Out 10%[14] รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 124 คน

6.3 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามชั้นปี โดยใช้สัดส่วนที่ใกล้เคียงกันดังนี้ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 31 คิดเป็นร้อยละ 24 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คิดเป็นร้อยละ 23.3 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 32 คิดเป็นร้อยละ 24.8 และ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 31 คิดเป็นร้อยละ 24 รวมจำนวนทั้งสิ้น 124 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม

6.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลโดยปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้รอบด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข[15] ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) ระดับชั้นปี 3) การเรียนวิชาเภสัชวิทยา 4) การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล 5) ประสบการณ์การเรียนหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แบ่งออกเป็น 6 ตอนได้แก่ ตอนที่ 1 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ รวม 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น มี 4 ตัวเลือกได้แก่ ไม่คิดว่าต้องทำ หรือ ทำได้ยาก ได้ 0 คะแนน ทำได้บ้าง หรือ ทำได้ง่าย ได้ 1 คะแนน ตอนที่ 2 ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ รวม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอนที่ 3 ความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคลากรด้านสาธารณสุข รวม 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น มี 3 ตัวเลือกได้แก่ ทำไม่ได้ หรือ ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ทำได้ ได้ 1 คะแนน ตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ รวม 11 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น ข้อ 32 และ 35 เลือกตอบ ใช้ ได้ 0 คะแนน เลือกตอบไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน เลือกตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ข้อ 33 34 36 และ 37 เลือกตอบ ใช้ได้ 1 คะแนน เลือกตอบไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน เลือกตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอนที่ 6 การจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ รวม 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น มี 4 ตัวเลือกข้อ 43-50 และ 52 ถ้าตอบไม่ได้ใช้ยา/ไม่ได้เจ็บป่วย หรือ ไม่ได้ทำ ได้ 0 คะแนน ถ้าเลือกตอบ ทำบางครั้งหรือทำทุกครั้ง ได้ 1 คะแนน ข้อ 51 ถ้าเลือกไม่ได้ทำ ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้ใช้ยา/ไม่ได้เจ็บป่วย หรือ ทำบางครั้ง หรือ ทำทุกครั้ง ได้ 0 คะแนน และ ตอนที่ 6 การบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ รวม 6 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบตามความเห็น มี 3 ตัวเลือก ข้อ 53 และ 55 ถ้าเลือกตอบ ไม่ทำ หรือ ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ทำ ได้ 1 คะแนน ข้อ 54 ถ้าเลือกตอบ ไม่ทำ ได้ 1 คะแนน ถ้าเลือกตอบ ไม่แน่ใจ หรือ ทำ ได้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยคะแนนรวมของความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ตอบแบบสอบถามมารวมกัน โดยมี คะแนนเต็ม 52 คะแนน คะแนนรวมเฉลี่ย มากกว่า 41.5 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ และคะแนนรวมเฉลี่ย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 41.5 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่เพียงพอ

6.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนไทย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดสอบความยากง่ายของแบบประเมินแล้ว โดยก่อนนำมาใช้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบเพื่อหาความตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิตของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ประเมินความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ทั้งฉบับได้ค่าเท่ากับ 0.78และแยกเฉพาะส่วนที่เป็นแบบ Rating scale 3-5 ระดับ ได้ค่าเท่ากับ 0.95

6.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้การรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่โครงการ 07/ 2567 วันที่รับรอง: 15 ตุลาคม 2567 โดยคณะผู้วิจัยมีหนังสือชี้แจงตออาสาสมัครให้ได้รับทราบกอนเซ็นชื่อให้ความยินยอมตามแนวปฏิบัติของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างครบถ้วน จากนั้นได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เมื่อหนังสือได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยทำการสุ่มนักศึกษาแต่ละชั้นปีตามจำนวนที่คำนวณไว้ และเข้าพบนักศึกษากลุ่มเป้าหมายเป็นรายชั้นปีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และข้อมูลการทำวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาซักถามข้อสงสัยและให้เวลาในการตัดสินใจ นักศึกษาที่ยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย สามารถให้ความยินยอม (Informed consent) การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที โดยการตอบแบบสอบถามใน Google form และแบบสอบถามที่เป็นกระดาษ ตามความสะดวกและสมัครใจของผู้ตอบแบบสอบถาม สามารถรวบรวมข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ได้ครบทั้งหมด 124 ชุดข้อมูลคิดเป็นร้อยละ 100

6.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลในส่วนของระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของของนักศึกษาพยาบาลในพื้นที่ ที่ศึกษา ได้แก่ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ได้แก่ 1) ระดับชั้นปี 2) การเรียนวิชาเภสัชวิทยา 3) การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล 4) ประสบการณ์การเรียนหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กับตัวแปรตามได้แก่ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

7. ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กำลังศึกษาระดับชั้นปีที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 24.48 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเรียนวิชาเภสัชวิทยา ร้อยละ 92 เคยเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล ร้อยละ 92 และมีประสบการณ์การเรียนในหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากที่สุด ร้อยละ 92 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=124)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	4.8
หญิง	118	95.2
ระดับชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	31	24.0
ชั้นปีที่ 2	30	23.3
ชั้นปีที่ 3	32	24.8
ชั้นปีที่ 4	31	24.0
การเรียนวิชาเภสัชวิทยา		
เคยเรียน	92	74.2
ไม่เคยเรียน	32	25.8
การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล		
เคยเรียน	92	74.2
ไม่เคยเรียน	32	25.8
ประสบการณ์การเรียนในหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล		
เคยเรียน	92	74.2
ไม่เคยเรียน	32	25.8
รวม	**124**	**100**

2. ระดับความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพียงพอ ร้อยละ 80.16 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=124)

ระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ผลการประเมิน	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเพียงพอ (≥ 41.5 คะแนน)	87	70.16
ระดับไม่เพียงพอ (≤ 41.5 คะแนน)	37	29.84
รวม	**124**	**100**

กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

3. ระดับความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยรายด้านเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้านการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยา และดูแลสุขภาพมากที่สุด และด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพน้อยที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจำแนกตามคะแนนเฉลี่ยรายด้านเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม (n=124)

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (รายด้าน)	**ระดับคะแนน**				
	เต็ม	**Max**	**Min**	**Mean**	**S.D.**
1. ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลยาและสุขภาพ	8	8	2	7.47	1.08
2. ด้านความสามารถในการเข้าใจข้อมูลยาและสุขภาพ	10	10	3	9.00	1.22
3. ด้านความสามารถในการโต้ตอบ ซักถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลยาและสุขภาพกับบุคคลด้านสาธารณสุข	7	7	3	6.24	1.76
4. ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ	11	11	2	8.97	1.81
5. ด้านการจัดการตนเองด้านการใช้ยาและดูแลสุขภาพ	10	9	2	8.12	1.21
6. ด้านการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพ	6	6	1	5.48	1.16
รวม				**45.28**	**8.24**

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และประสบการณ์การเรียนในหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n=124)

ตัวแปร	**ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDUL)**	
	χ^2	p-Value
ระดับชั้นปี	17.390	.001
การเรียนวิชาเภสัชวิทยา	8.594	.003
การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล	11.171	.001
ประสบการณ์การเรียนในหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	11.171	.001

8. สรุปและอภิปรายผล

8.1 สรุปผลการศึกษา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีระดับความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับเพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนค่าเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้ยาเพียงพอมากที่สุด และนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีคะแนนค่าเฉลี่ยความรอบรู้ในการใช้ยาเพียงพอน้อยที่สุด และ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และประสบการณ์การเรียนในหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p<.05)*

8.2 อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับเพียงพอ และพบว่านักศึกษาในระดับชั้นปีที่ 3 มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและนักศึกษาในระดับชั้นปีที่ 1 มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ เกศราภรณ์ ชูพันธ์, พนิดา พาลี, กานต์รวี คำชั่ง และทวี เรืองโฉม[11] ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลของรัฐในจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อลงกรณ์ สุขเรืองกูลและคณะ[12] ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยบัณฑิตเอเชียจังหวัดขอนแก่นที่ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์โดยภาพาพรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พิริยากร คล้ายเพ็ชรและคณะ[16] ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติ และผลการบันทึกรายงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 กรณีศึกษา นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนืองานวิจัยนี้ พบว่าระดับความรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับดีมาก ทั้งงนี้อาจเนื่องมาจากการที่สภาการพยาบาลได้กำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล โดยบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2560-2564 โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ได้จัดให้มีการเรียนในหัวข้อดังกล่าวตั้งแต่ระดับชั้นปีที่ 2 ถึงชั้นปีที่ 4 โดยกำหนดสอดแทรกหัวข้อนี้ไว้ในวิชาต่าง ๆ เช่น การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในชั้นปีที่ 2 วิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น ในชั้นปี่ที่ 4 เป็นต้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้านของความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเมื่อคะแนนเฉลี่ยรายด้านเมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้านการบอกต่อผู้อื่นเรื่องการใช้ยาและดูแลสุขภาพมากที่สุด และด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพน้อยที่สุด อภิปรายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความสามารถในเรื่องการสื่อสารการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ในการสอน การบอกต่อ แต่ยังขาดในเรื่องของการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะขั้นสูงและต้องอาศัยประสบการณ์ที่มากกว่าจึงจะสามารถปฏิบัติได้ และมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มาเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดังกล่าวด้วย

อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 29.8 มีระดับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 13.8 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 มีการจัดการเรียนการสอนในวิชาพื้นฐานเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่เคยผ่านการเรียนวิชาเภสัชวิทยา ไม่มีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติงานและไม่เคยมีประสบการณ์เรียนในหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงทำให้ไม่มีความรอบรู้ในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sinan Aslan[17] ที่ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างชั้นเรียนของนักศึกษา รายได้ และคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดของมาตราส่วน

ไลฟ์สไตล์ที่ส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อระดับคะแนนเฉลี่ยรวมของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผลการวิจัยพบว่า ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และประสบการณ์การเรียนในหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ เกศราภรณ์ ชูพันธ์, พนิดา พาลี, กานต์รวี คำชั่ง และทวี เรืองโฉม[11] ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลของรัฐในจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า ระดับชั้นปี การผ่านการเรียนวิชาเภสัชวิทยา ประสบการณ์เรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการวิจัยของ กนกเลขา สุวรรณพงษ์, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ และศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล[18] ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและแรงสนับสนุนจากอาจารย์ผู้สอน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า วิทยาลัยพยาบาลได้มีการจัดการเรียนการสอนในประเด็นการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 และบรรจุหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลายรายวิชาทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตามนโยบายของสภาการพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาความรอบรู้มาอย่างต่อเนื่องทั้งจากการเรียนหลักสูตรภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลในชั้นปีสูง ที่ผ่านการเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนวิชาทางการพยาบาล มีประสบการในการเรียนหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทำให้มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงขึ้นดังนั้นวิทยาลัยควรออกแบบการเรียนการ สอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี และ ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความ รอบรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

9. จุดแข็งและจุดอ่อน

จุดแข็งเป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลซึ่งเป็นประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับนโยบายชาติ ประกอบกับเป็นการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่มีการจัดการเรียนการสอนในประเด็นดังกล่าวอยู่แล้วทำให้เห็นว่าหลักสูตรหรือการจัดการเรียนการสอนที่เป็นอยู่มีความเหมาะสมหรือไม่ มีส่วนใหนที่จำเป็นต้องพัฒนาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

จุดอ่อนข้อจำกัดเรื่องการออกแบบการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ที่ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ หรือการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม อาจมีอคติในการตอบ ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงได้

10. ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาในกรอบประชากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เพียงแห่งเดียว ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้ควรคำนึงถึงคุณลักษณะของประชากรด้วย และการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ทำให้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลแต่ละคนได้

11. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์หรือสถาบันการศึกษาพยาบาลทุกแห่ง ควรมีการพัฒนาการรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทัศนคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในทุกชั้นปีโดยเน้นการสร้างเสริมความรอบรู้ที่ให้ผู้เรียนสามารถที่จะนำมาประยุกต์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาและดูแลสุขภาพตนเองอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนทั่วไปได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาการรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทัศนคติต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้เรียน รวมทั้งออกแบบการจัดการเรียนการสอนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เหมาะสมกับแต่ละรายวิชาและรูปแบบวิธีการสนับสนุนของอาจารย์ผู้สอนเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เหมาะสมกับผู้เรียนใน แต่ละระดับชั้นปี

12. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Promoting rational use of medicines: core components [Internet]. 2002. [cited 2024 Oct 10] Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf
2. บุญชัย ภาละกาล, ไขนภา มิ่งชัย, อรนิตย์ จันทะเสน. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ดานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2567; 42: e270927.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC’s 2019 Antibiotic Resistance (AR) Threats Report. [Internet]. 2019. [cited 2024 Oct 10] Available from: https://www.cdc.gov/drugresistance/about.html
4. กมลรัตน์ นุ่นคง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาของประชาชน ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก. [ดุษฎีนิพนธ์] ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
5. ศุทธินี วัฒนกูล, ศศิธร ชิดนายี, พิเชษฐ์ แซ่โซว, ดำริห์ ทริยะ, ศิวิไล ปันวารินทร์ และพรฤดี นิธิรัตน. ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจeหมู่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2563; 12:72–82.
6. ชวดล ช่วงสกุล. การปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561; 33:275-290.
7. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในบุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2567. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค 2567]. เข้าถึงได้จาก https://dmsic.moph.go.th/upload/web_news_files/wlrwthe2htcok000cs.pdf

8. สภาการพยาบาล. บทสรุปรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/summarymed.pdf.
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine 2008. 67: 2072-2078.
10. นภัทร บุญเทียม. ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์ 2565; 7:1176-1188.
11. เกศราภรณ์ ชูพันธ์, พนิดา พาลี, กานต์รวี คำชั่งและทวี เรืองโฉม. ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลของรัฐในจังหวัดเชียงใหม่.วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2565; 9:146-159.
12. อลงกรณ์ สุขเรืองกูล และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2556; 16:156–171.
13. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Sterne JAC, White IR, Carlin JB, Spratt M, Royston P, Kenward MG, et al. Multiple imputation for handling missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. BMJ. 2009;338:b2393.
15. ตวงรัตน์ โพธะ, กุสาวดี เมลืองนนท์, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ และสมหญิง พุ่มทอง. การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนไทย นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
16. พิริยากร คล้ายเพ็ชร, ทรงสุดา หมื่นไธสง, สรัญญา เปล่งกระโทก, สุพิศตรา พรหมกูล,เสาวลักษณ์ ชาญกัน และวัชรี อมรโรจน์วรวุฒ. ความรู้ ทัศนคติ และผลการบันทึกรายงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 : กรณีศึกษา นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2566; 17: 114–127.
17. Sinan Aslan. Investigation of the relationship between rational drug use and healthy lifestyle behaviors of university students,30(3),23-30. [Internet]. 2010 [cited 2024 Dec 15]. Available from: https://doi.org/10.1177/17579759221134054
18. กนกเลขา สุวรรณพงษ์, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ และศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล.วารสารพยาบาลตำรวจ 2564; 13: 378–387.

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10 Journal

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต[1*], มนฤดี แสงวงษ์[2], ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์[3], ศศิธร บุญสุข[4],
รัชดาพร จันทบุตร[5] และ จิรนันท์ เจริญผล[6]

(วันรับบทความ 29 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 28 สิงหาคม 2568 วันตอบรับบทความ 2 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. พัฒนารูปแบบด้วยแนวคิด“การออมสุขภาพ” ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนของเคิร์ท เลวิน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกต (Observing) และ 4) การสะท้อนผล (Reflecting) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 50 คน เข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์คะแนนพฤติกรรม ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ด้วยสถิติ Paired samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย ได้ผลการพัฒนารูปแบบแบบมีส่วนร่วม โดยจัดรูปแบบทั้ง 6 กิจกรรม ดังนี้ การจัดฐานปรับความคิดและเสริมสร้างความตระหนัก กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบันทึกออมสุขภาพ 8 พฤติกรรม ตามหลัก 3อ. 2ส. 2น. 1ฟ. ซึ่งผลลัพธ์ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff=5.03, 95%CI=1.56 to 8.46, *p*-value=0.005; Mean diff=3.25, 95%CI =0.78 to 3.38, *p*-value =0.003) และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรอบเอวและดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff=-1.254, 95%CI=-3.08 to 0.57, *p*-value =0.172; Mean diff=-0.18, 95%CI=-0.55 to 0.20, *p*-value=0.351) ตามลำดับ

สรุปผลการศึกษา ผลลัพธ์ของรูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานมีประสิทธิภาพสามารถสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลและประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม ฯ ต่อไป

คำสำคัญ: การออมสุขภาพ พหุโปรแกรม หลัก 3อ. 2ส. 2น. 1ฟ. วัยทำงาน

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
[3-4] พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
[5] ผู้ช่วยนักวิจัย
* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Supalucky77@gmail.com

Research article

Development of a Health Savings Model through a Multi-Component Health Promotion Program for Working-Age Personnel in Warin Chamrab Municipality, Ubon Ratchathani Province

Supalak Thanathamsatit[1*], Monrudee Saengwong[2], Titirat Phawasuttipong[3], Sasithorn Boonsuk[4], Ratchadaporn Chanthabutr[5] and Jiranan Charoenphon[6]

(Received: May 29 2025; Revised: August 28 2025; Accepted: October 2 2025)

Abstract

This action research study aimed to develop a health savings model with a multi-program for health promotion among working-age personnel and to evaluate health-promoting behaviors. The research model applied the "Health Savings" concept, or an account for accumulating health behaviors, using Kurt Lewin's 4-step action research process: 1) Planning, 2) Acting, 3) Observing, and 4) Reflecting. The study sample consisted of 50 personnel, who participated in the 24-week program. Quantitative data were analyzed using a Paired-Samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The developed health savings model with a multi-program consisted of six activities: a mindset adjustment and awareness-building session, peer support groups, a behavioral modification activity group, a logbook for 8 health behaviors based on the 3อ. 2ส. 2น.1ฟ. principles, and a motivation-building component. The results showed that the mean scores for self-efficacy and health behaviors after participating in the program were significantly higher than before the experiment (Mean diff=5.03, 95%CI=1.56 to 8.46, *p*-value=0.005; Mean diff=3.25, 95%CI=0.78 to 3.38, *p*-value=0.003). However, the average waist circumference and BMI decreased insignificantly after the experiment (Mean diff=-1.254, 95%CI=-3.08 to 0.57, *p*-value=0.172; Mean diff=-0.18, 95%CI=-0.55 to 0.20, *p*-value=0.351), respectively.

Conclusion: The model is effective in fostering self-efficacy and health behaviors. However, physical changes such as BMI and waist circumference require a longer duration for follow-up and evaluation to assess the program's long-term sustainability.

Key Words: Health Savings Model, Multi-Component Health Promotion Program, Working-Age Personnel

[1] Senior Professional Level Policy and Plan Analyst, Health Center 10 Ubon Ratchathani
[2] Senior Professional Level Public Health Technical Officer, Health Center 10 Ubon RatchathaniProfessional
[3-4] Senior Professional Level Nurse, Health Center 10 Ubon Ratchathani
[5] Research Assistant
* Corresponding author Email: Supalucky77@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญกับภาระโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการในประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุของไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั่วโลกในแต่ละปี[1] สำหรับประเทศไทย รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังระบุว่า ในปี พ.ศ. 2564 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพียงโรคเดียวสูงถึง 24,489 ล้านบาท และโรคหลอดเลือดหัวใจ มีภาระค่าใช้จ่ายมากกว่า 5,000 ล้านบาทต่อปี[2] ปัญหาดังกล่าว ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ แต่ยังสะท้อนถึงต้นทุนทางเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวม ซึ่งหากประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดีโดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตที่เป็นไปในทางที่ดีและเหมาะสมแล้วย่อมจะทำให้ปัญหาของโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ลดน้อยลงหรือหมดไป

แนวคิดเรื่อง “การออมสุขภาพ” (Health savings) จึงได้รับความสนใจในฐานะกลไกที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันได้อย่างยั่งยืน โดยเปรียบสุขภาพเสมือนทุนที่สามารถสะสมได้ ผ่านการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการอารมณ์ การดูแลสุขภาพช่องปาก การพักผ่อนให้เพียงพอ และการใช้ชีวิตอย่างสมดุล[3] รวมถึงแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน ให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสนใจสุขภาพตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย จนถึงวัยเกษียณที่แข็งแรงไม่เป็นภาระพึ่งพิงผู้อื่น ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรตนเองประจำวันได้ด้วยตนเอง และเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพตั้งแต่วัยทำงาน

ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ “การออมสุขภาพ” (Health savings) ซึ่งเปรียบเทียบสุขภาพเหมือนกับการออมเงิน โดยมองว่าสุขภาพเป็นทุนที่สามารถสะสมได้จากการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ซึ่งช่วยสร้างพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันได้อย่างยั่งยืน โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลหันมาดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และเตรียมความพร้อมสำหรับวัยเกษียณที่จะแข็งแรงและไม่เป็นภาระพึ่งพิงผู้อื่น[4, 5] มาใช้ร่วมกับพหุโปรแกรม (Multi-program approach) เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน การใช้โปรแกรมเดียวจึงไม่เพียงพอ พหุโปรแกรมเป็นการรวมเอาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพหลากหลายมิติมาไว้ด้วยกัน ด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ “3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.” ซึ่งเป็นกลวิธีที่เป็นแนวทางทำให้เกิดความสมดุลทางสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย 1) อ อาหาร บุคคลรับประทานอาหารที่เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย 2) อ ออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมให้บุคคลออกกำลังกายเป็นประจำ 3) อ อารมณ์ดี เป็นการส่งเสริมให้บุคคลรู้จักสร้างความสุขให้ตนเอง 4) ส ไม่สูบบุหรี่ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลเลิกและไม่ทดลองการสูบบุหรี่ 5) ส ไม่ดื่มสุรา เป็นการส่งเสริมให้บุคคลเลิกการดื่มเพราะการดื่มสุรา 6) น นอนหลับ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลนอนหลับให้ครบ 7-9 ชั่วโมง 7) น นม เป็นการส่งเสริมให้สตรีตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และ 8) ฟ ฟัน เป็นการส่งเสริมให้บุคคลดูแลช่องปากและฟัน ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง

เทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีบุคลากรวัยทำงานจำนวนมาก มีบทบาทในการให้บริการประชาชนในเขตเทศบาลและพื้นที่ใกล้เคียงอย่างครอบคลุม จากข้อมูลสภาวะสุขภาพบุคลากรในเทศบาลเมืองในจังหวัดอุบลราชธานี 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองวารินชำราบ เทศบาลเมืองเดชอุดม และเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร พบว่า บุคลากรจำนวนหนึ่งมีภาวะอ้วนลงพุง

มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 35.6 (24.35±4.19 ตารางเมตร) ความดันโลหิตสูง และไม่ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื่อรัง[6, 7] องค์กรจึงมีความจำเป็นต้องกำหนดแนวทางส่งเสริมสุขภาพในระดับโครงสร้างและระบบงานอย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กลวิธีการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จากการพัฒนาตามรูปแบบที่เป็นนวัตกรรมดังกล่าว จะได้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบการออมสุขภาพสำหรับวัยทำงาน ที่จะเตรียมตัวก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และนำไปขยายต่อหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินรูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการศึกษานี้ ประยุกต์แนวคิดของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin)[8] เพื่อใช้ในการพัฒนากรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกต (Observing) และ 4) การสะท้อนผล (Reflecting) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน คือ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบและกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย

↓

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ประกอบด้วย

- การจัดฐานปรับความคิดและเสริมสร้างความตระหนัก
- ประเมินความสามารถการรับรู้ตนเองในการจัดการสุขภาพ
- การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- กิจกรรมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- บันทึกพฤติกรรมสุขภาพ (สมุดบันทึกการออม)
- การเสริมสร้างแรงจูงใจในการออมสุขภาพ

↓

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ประเมินการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก **3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)** ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

↓

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) วิเคราะห์ผลที่ได้จากการสังเกต ทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประยุกต์ใช้แนวคิดของเคิร์ท และเลวิน (Kurt Lewin)[7] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกต (Observing) และ 4) การสะท้อนผล (Reflecting) ระยะเวลาดำเนินการศึกษา ระหว่าง พฤศจิกายน 2564-กันยายน 2565

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในวางแผนการดำเนินงาน โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติพิจารณาจากเป็นผู้มีส่วนได้เสียในการดำเนินงาน (Stakeholder) ประกอบด้วย แกนนำสุขภาพ 3 คน ตัวแทนบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม 5 คน และผู้บริหารเทศบาล 2 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน

2) กลุ่มบุคลากรผู้เข้าร่วมโปรแกรม เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่อิสละต่อกัน อ้างอิงความแปรปรวนและค่าเฉลี่ยของผลต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมาเรื่อง Meta-analysis: Primary Care Weight Loss Interventions[9] จากสูตร

$$n = \frac{(z_\alpha + z_\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

z_α = ความเชื่อมั่นที่กำหนดที่ระดับ 0.05 = 1.96

z_β = อำนาจการทดสอบ = 0.84

μ_d = ค่าเฉลี่ยของผลต่าง = 1.22

σ_d^2 = ความแปรปรวน = 2.7

แทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 39 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากการวิจัย (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 ดังนั้น การวิจัยนี้จะใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 47 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปและไม่ถึง 60 ปีบริบูรณ์
2. บุคลากรที่ทำงานประจำในสำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. เป็นแกนนำสุขภาพ หรือมีความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
4. สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างออกจากวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (Coronary Artery Disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebral Artery Disease) และ โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Artery Disease)
2. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดควบคุมไม่ได้
3. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือระยะที่ 5 หรืออยู่ระหว่างการบำบัดรักษาด้วยการทดแทนไต
4. เคยผ่าตัดหรือเคยประสบอุบัติเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย
5. สุภาพสตรีที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์

6. มีการวางแผนที่จะย้ายหรือโอนไปสังกัดหน่วยงานอื่น

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) แบบบันทึกการออมสุขภาพรูปแบบ Google Form มีหัวข้อในการบันทึก 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ส่วนที่ 2 การบันทึกการออมสุขภาพในคู่มือบัญชีการสะสมพฤติกรรมสุขภาพกรมอนามัย[10] ได้แก่ จำนวนวันที่บันทึก ระหว่าง 30-150 วัน โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินของเป็น ระดับน้อย=บันทึก 30-70 วัน ระดับปานกลาง บันทึก 71-111 วัน ระดับมาก บันทึก 112-150 วัน ส่วนที่ 3 การออมสุขภาพภาพรวม 8 ด้าน (3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การออมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การออมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดทางอารมณ์ การออมสุขภาพด้านการไม่ดื่มสุรา การออมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่ การออมสุขภาพด้านการดูแลฟัน การออมสุขภาพด้านการนอน และ การออมสุขภาพด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (เฉพาะผู้หญิง) เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ 0 คะแนน=ไม่ได้ทำเลย 1 คะแนน=ทำได้บ้าง 2 คะแนน=ทำได้ดี โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินของเบสท์[11] เป็น 3 ระดับ คือ น้อย 0-10.66 คะแนน ปานกลาง 10.67-21.33 คะแนน และ มาก 21.34-32 คะแนน

2) แบบประเมินการรับรู้ตนเองในการจัดการสุขภาพตนเองและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ มีประเด็นในข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. 8 เรื่อง จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์และสุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน พฤติกรรมการนอนหลับ และพฤติกรรมการตรวจเต้านม (หญิงอายุ 30 ปีขึ้นไป) โดยมีระดับคะแนน ดังนี้ ทำไม่ได้=ระดับ 1 ทำได้ยาก=ระดับ 2 พอทำได้=ระดับ 3 ทำได้ง่าย=ระดับ 4 ทำได้ง่ายมาก=ระดับ 5 โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินของเบสท์[11] เป็น 3 ระดับ คือ น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ปานกลางคะแนนเฉลี่ย 1.67-3.33 และมากคะแนนเฉลี่ย 3.34-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรง ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และตรวจสอบความถูกต้องของภาษาเมื่อได้คะแนนจากการตัดสินนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีมีความสอดคล้องที่คำนวณได้ 0.5 ขึ้นไป

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ เทศบาลเมืองเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าแอลฟาสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's coefficient Alpha) ดังนี้ แบบบันทึกการออมสุขภาพรูปแบบ Google Form ทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 และแบบประเมินการรับรู้ตนเองในการจัดการสุขภาพตนเองและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

3) เครื่องมือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 6 ประเด็น ดังนี้ 1) วิธีการออมสุขภาพ 2) ปัจจัยที่ทำให้การออมสุขภาพได้ดี/ไม่ได้ดี 3) ความสำคัญของการออมสุขภาพ 4) ความคิดเห็นต่อการออมสุขภาพ และการปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และ 5) ความคิดเห็นต่อโครงการฯ การนำไปใช้ประโยชน์จากโครงการ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ประกอบด้วย แกนนำ

สุขภาพ บุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม และผู้บริหารเทศบาล ดำเนินการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มระหว่างและหลังการดำเนินกิจกรรม

4.4 การดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบและกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อร่วมกันจัดทำ “ร่างรูปแบบพหุโปรแกรมการออมสุขภาพ” โดยผู้มีส่วนร่วม ได้แก่ คณะนักวิจัย แกนนำสุขภาพในเทศบาล ผู้แทนจากกลุ่มเป้าหมาย และผู้บริหารองค์กร ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาร่างรูปแบบร่วมกัน และนำร่างรูปแบบที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมอนามัยและมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ “Warin Healthy City” ที่ออกแบบไว้ พร้อมตรวจสอบคุณภาพและความเหมาะสมของการดำเนินงาน โดยมีการคืนข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย และติดตามผลการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมการออมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้รายเดือน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ การเสริมแรงจูงใจ และการสื่อสารสุขภาพภายในหน่วยงาน รวม 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 24 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติอย่างเป็นระบบประเมินการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เชิงคุณภาพใช้วิธีสนทนากลุ่มหลังสิ้นสุดโครงการ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) วิเคราะห์ผลที่ได้จากขั้นตอนการสังเกต ทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติ

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ คือ ID-01-65-01-E ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 20 เมษายน 2566

6. ผลการวิจัย

6.1 ผลการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการออมสุขภาพ ‘Warin Healthy City’

พบมีผู้เข้าร่วมรูปแบบทั้งสิ้น 37 คน คิดเป็นร้อยละ 79 ของผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ โดยผู้เข้าร่วมตามจำนวนวัน คือ 150 วัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่บันทึกการออมสุขภาพได้ดี (112-150 วัน) จำนวน 33 คน (ร้อยละ 89.18) กลุ่มที่บันทึกการออมสุขภาพได้ปานกลาง (71-111 วัน) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.41) กลุ่มที่บันทึกการออมสุขภาพได้น้อย (30-70 วัน) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.41) จากการสนทนากลุ่ม พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ 8 ด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก คือ การออกกำลังกาย อาหาร และนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้มาก 3 ลำดับแรก คือ การแปรงฟัน การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสุภาพสตรี ลดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ตารางที่ 1 ผลการบันทึกการออมสุขภาพในคู่มือบัญชีการสะสมพฤติกรรมสุขภาพ

ที่	จำนวนวันที่บันทึกการออม (วัน)	ผลการบันทึก		
		ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	30-70 วัน	น้อย	2	5.41
2	71-111 วัน	ปานกลาง	2	5.41
3	112-150 วัน	มาก	33	89.18

รวม	37	100

6.2 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร และการออมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร และการออมสุขภาพ พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.9 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.16±7.46 ปี สถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 48.6 เส้นรอบเอวเพศชายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 76.9 ($\bar{x}$=85.35±6.76 เซนติเมตร) เส้นรอบเอวเพศหญิงอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 62.5 ($\bar{x}$=79.73±8.63 เซนติเมตร) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 40.5 ($\bar{x}$= 24.29±3.56 ตารางเมตร) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากรและการออมสุขภาพ (n=37)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	24	64.9
ชาย	13	35.1
อายุ ($\bar{\bar{x}}$=45.16±7.46, Min=28, Max=59) ปี		
ต่ำกว่า 30 ปี	1	2.7
30-39 ปี	5	13.5
40-49 ปี	21	56.8
50-59 ปี	10	27.0
ดัชนีมวลกาย ($\bar{\bar{x}}$=24.29 ± 3.56 Min=18.4, Max=31.95)		
เส้นรอบเอว		
ชาย (13 คน) ($\bar{\bar{x}}$=85.35±6.76, Min=74, Max=94) เซนติเมตร		
ปกติ	10	76.9
เกินเกณฑ์	3	23.1
หญิง (24 คน) $\bar{x}$=79.73±8.63, Min=68, Max=100) เซนติเมตร		
ปกติ	15	62.5
เกินเกณฑ์	9	37.5

6.3 การออมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน

กลุ่มตัวอย่าง มีการออมสุขภาพรวม 8 ด้าน (3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.8 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การออมสุขภาพที่อยู่ในระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.5 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 81.1 และการตรวจเต้านม ร้อยละ 62.5 ส่วนการออมสุขภาพที่อยู่ในระดับน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ การนอน ร้อยละ 43.2 การออกกำลังกาย ร้อยละ 40.5 และการจัดการความเครียดทางอารมณ์ ร้อยละ 24.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการออมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน (n=37)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การออมสุขภาพรวม 8 ด้าน (3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.)		
($\bar{\bar{x}}$=14.12 ± 4.26, Min=2.98, Max=21.09)		
มาก	21	56.8
ปานกลาง	12	32.4

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	4	10.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การออมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร		
มาก	7	18.9
ปานกลาง	25	67.6
น้อย	5	13.5
การออมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย		
มาก	6	16.3
ปานกลาง	16	43.2
น้อย	15	40.5
การออมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดทางอารมณ์		
มาก	7	18.9
ปานกลาง	21	56.8
น้อย	9	24.3
การออมสุขภาพด้านการไม่ดื่มสุรา		
มาก	30	81.1
ปานกลาง	3	8.1
น้อย	4	10.8
การออมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่		
มาก	32	86.5
ปานกลาง	0	0.0
น้อย	5	13.5
การออมสุขภาพด้านการดูแลฟัน		
มาก	19	51.4
ปานกลาง	15	40.5
น้อย	3	8.1
การออมสุขภาพด้านการนอน		
มาก	10	27.1
ปานกลาง	11	29.7
น้อย	16	43.2
การออมสุขภาพด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (เฉพาะเพศหญิง) (n=24)		
มาก	15	62.5
ปานกลาง	0	0.0
น้อย	9	37.5

6.4 การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน

การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับดีร้อยละ 35.1 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 62.2 โดย

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีร้อยละ 48.6 พฤติกรรมด้านอารมณ์และสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.1 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 54.1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 89.2 ไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอยู่ในระดับดีร้อยละ 91.9 พฤติกรรมการนอนหลับอยู่ในระดับดีร้อยละ 70.3 กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 83.3 เคยตรวจเต้านม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน (n=37)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถตนเอง				
ดี	1	2.7	13	35.1
ปานกลาง	14	37.8	11	29.8
น้อย	22	59.5	13	35.1
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม				
ดี	10	27.0	23	62.2
ปานกลาง	23	62.2	12	32.4
ควรปรับปรุง	4	10.8	2	5.4
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย				
ดี	3	8.1	18	48.6
ปานกลาง	12	32.4	13	35.1
ควรปรับปรุง	22	59.5	6	16.2
พฤติกรรมด้านอารมณ์และสุขภาพจิต				
ดี	2	5.4	2	2.7
ปานกลาง	4	10.8	20	54.1
ควรปรับปรุง	31	83.8	15	43.2
พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร				
ดี	7	18.9	8	21.6
ปานกลาง	21	56.8	20	54.1
ควรปรับปรุง	9	24.3	9	24.3
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	24	64.9	20	54.1
ไม่ดื่ม	23	35.1	17	45.9
พฤติกรรมการสูบบุหรี่				
สูบ	4	10.8	4	10.8
ไม่สูบ	33	89.2	33	89.2
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน				
ดี	10	27.0	34	91.9
ปานกลาง	10	27.0	1	2.7

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ควรปรับปรุง	17	46.0	2	5.4

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการนอนหลับ				
ดี	12	32.4	26	70.3
ปานกลาง	19	51.4	11	29.7
ควรปรับปรุง	6	16.2	0	0.0
พฤติกรรมการตรวจเต้านม (หญิงอายุ 30 ปีขึ้นไป)				
เคย	10	41.7	20	83.3
ไม่เคย	14	58.3	4	17.4

6.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff=5.03, 95%CI=1.56 to 8.46, *p*-value=0.005; Mean diff=3.25, 95%CI=0.78 to 3.38, *p*-value=0.003) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน (n=37)

ตัวแปร	ก่อน การทดลอง		หลัง การทดลอง		Mean Diff.	95%CI	t	*p*-value
	Mean	SD	Mean	SD				
การรับรู้ความสามารถตนเอง	60.11	7.86	65.14	7.49	5.03	1.60-8.46	2.97	0.005*
พฤติกรรมสุขภาพ	17.54	2.42	19.62	4.15	2.08	0.78-3.38	3.25	0.003*

* สถิติ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

6.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรอบเอว และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff=-1.254, 95%CI=-3.08 to 0.57, *p*-value=0.172; Mean diff=-0.18, 95%CI=-0.55 to 0.20, *p*-value=0.351) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	Mean	95%CI	t	*p*-value

	การทดลอง		การทดลอง		Diff.			
	Mean	SD	Mean	SD				
เส้นรอบเอว	82.96	9.55	81.71	8.38	-1.254	-3.08-0.57	-1.39	0.172
ดัชนีมวลกาย	24.47	3.50	24.29	3.56	-0.18	-0.55-0.20	-0.95	0.351

* สถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

7. สรุปและอภิปรายผล

7. 1 สรุปขั้นตอนรูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.

ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์การออมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนการออกแบบพหุโปรแกรม โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2ส. (ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) 1ฟ. (ฟัน) และ 2น. (นอน และตรวจเต้านมด้วยตนเอง) กิจกรรมฝึกทักษะการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ผ่านการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมเสริมแรงและกระตุ้นการมีส่วนร่วมผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการให้กำลังใจ

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือติดตามพฤติกรรม จัดทำคู่มือบัญชีสะสมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. อย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอนการนำรูปแบบไปทดลองใช้ ดำเนินการใช้พหุโปรแกรมและคู่มือบัญชีสะสมพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จำนวน 50 คน

ขั้นตอนการประเมินผล ประเมินผลการใช้รูปแบบการออมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกในสมุดบันทึกออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. บันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ได้แก่ พัฒนาการบันทึกในรูปแบบ Google Form เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก เชื่อมโยงผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับระบบการประเมินเลื่อนขั้นเงินเดือน เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

รูปแบบการออมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในองค์กรอื่น ๆ ได้ โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการเสริมแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

7.2 สรุปผลการประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ

ผลการประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรม ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. โดยใช้การออมสุขภาพ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการออมสุขภาพรวม 8 ด้านอยู่ในระดับมาก โดยการออมสุขภาพที่อยู่ในระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา และการตรวจเต้านม ส่วนการออมสุขภาพที่ยังอยู่ในระดับน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี สรุปได้ว่าพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. มีผลให้บุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบมีการ

รับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายจะมีแนวโน้มลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

7.3 อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2 ส. 1ฟ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการพัฒนารูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพใน 8 ด้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการประยุกต์แนวคิด “บัญชีสะสมพฤติกรรมสุขภาพ” ตามหลัก 3อ. 2ส. 1 ฟ. 2น. ซึ่งเป็นแนวทางที่กรมอนามัยใช้เป็นเครื่องมือหลักในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้มีลักษณะเป็น “พหุโปรแกรม” (Multi-component program) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การใช้สื่อออนไลน์ การบันทึกสุขภาพประจำวัน การมีโค้ชสุขภาพประจำกลุ่ม และการติดตามผลรายบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปรับใช้โปรแกรมตามบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบนี้ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของกลุ่มเป้าหมาย การจัดฐานปรับความคิดและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ตามทฤษฎีของ Cohen & Wills(12) ที่ระบุว่าการได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจากคนรอบข้างจะช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความเครียดและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น และการให้แรงเสริมด้านบวก เช่น การให้รางวัลจากพฤติกรรมออมสุขภาพ มีส่วนสำคัญต่อการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ผลการทดลองใช้รูปแบบการออมจึงเป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมการกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่วางไว้ งานวิจัยของ Hagger et al.[13] ยืนยันว่าการกำกับตนเอง (Self-regulation) และการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเองให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคิร์ท เลวิน[8] ยังช่วยให้สามารถปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยที่มุ่งเน้นการนำแผนการไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

การประเมินผลลัพธ์รูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การออมสุขภาพ Warin Healthy City กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น เส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการออมสุขภาพ ‘Warin healthy city สามารถกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีสุขภาพที่ดี จนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น และมีการกระทำอย่างต่อเนื่องสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคลากร ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพในชีวิตประจำวันของตนเองสูง และคาดหวังกับผลลัพธ์ที่จะเกิดสูง ก็จะลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่

ต้องการ และบุคคลที่มีการออมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (บันทึกการออมสุขภาพ) จะทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเอง (กระบวนการสังเกตตนเอง) รวมทั้งแนวโน้มของภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทุกวัน เกิดการประเมินข้อมูล การกำหนดเป้าหมาย และลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura[14] ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายความสำเร็จของพฤติกรรม เมื่อบุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำได้สำเร็จ ก็จะเกิดแรงจูงใจและลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งในงานวิจัยนี้ การใช้พหุโปรแกรมที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการบันทึก “บัญชีออมสุขภาพ” ได้ช่วยสร้างแบบแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้บุคลากรกล้าที่จะเริ่มต้นและรักษาวินัยในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง “ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ” จังหวัดอุดรธานี ของ ภาสิต ศิริเทศ[15] พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุพฤติกรรมที่คาดหวังได้ ผ่านแรงจูงใจ การรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีระดับไขมันในช่องท้องและดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี” ของ นพพร ทัพอยู่[16] พบว่า การประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และการวิจัยในต่างประเทศของ Islam et al.[5] ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมและสรุปว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ทั้งนี้จากผลการวิจัย ยังพบว่า ผลลัพธ์ทางกายภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญนั้น สอดคล้อง กับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในงานวิจัยของ Mogul et al.[17] ซึ่งสรุปว่าการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญในโปรแกรมลดน้ำหนักในที่ทำงานจะเกิดขึ้นหลัง 6 เดือนขึ้นไป หรือตามการศึกษาของ Saeidpour et al.[18] พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการจำเป็นต้องมีระยะเวลาที่เพียงพอ (อย่างน้อย 6-12 เดือน) เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ทางกายภาพที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์นี้ ไม่สอดคล้อง กับการศึกษาบางชิ้น เช่น งานวิจัยของ พรรณทิพา ว่องไว และคณะ[19] ที่ใช้โปรแกรมออกกำลังกายและควบคุมอาหารในระยะเวลา 6 สัปดาห์ แต่สามารถลดดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนั้นมีภาวะน้ำหนักเกินที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงได้เร็ว ผลการวิจัยนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าในระยะสั้น (24 สัปดาห์) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นในด้านพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถตนเองมากกว่าผลลัพธ์ทางกายภาพที่ต้องอาศัยการสะสมพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ดังนั้นการติดตามผลในระยะยาวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่าบุคลากรวัยทำงานเป็นกลุ่มที่เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพทำให้มีความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ดังนั้น ผลลัพธ์ของรูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. แสดงให้เห็นถึงการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน โดยอาศัยหลักการของการกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลและประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมฯ ต่อไป

8. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย วางแผนและการบริหารจัดการเพื่อออกแบบลักษณะงานให้มีการส่งเสริมการออมสุขภาพ มีการสอดแทรกกิจกรรมให้มีความเหมาะสมต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับบุคคลากร เช่น การให้รางวัล การเลื่อนขั้นเงินเดือน เป็นต้น

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมในหน่วยงานเพื่อให้บุคคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อให้บุคลากรทราบภาวะสุขภาพและสามารถบริหารจัดการภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริมพฤติกรรมที่บุคลากรสามารถทำได้ดี ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา และการตรวจเต้านม นอกจากนี้ ควรเพิ่มกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง ได้แก่ พฤติกรรมด้านการนอน พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดทางอารมณ์ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคลากรและส่งผลต่อองค์กร

8.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบกิจกรรมโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของวัยทำงานในหน่วยงาน องค์กร หรือสถานประกอบการต่าง ๆ โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทขององค์กร

9. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Non-communicable diseases 2022 [cited 2022 May 4]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดการออมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. Williams SL. 149 Perceived Self-Efficacy and Phobic Disability. Self-Efficacy: Thought Control of Action: Taylor & Francis. p. 149-76.
5. Islam KF, Awal A, Mazumder H, Munni UR, Majumder K, Afroz K, et al. Social cognitive theory-based health promotion in primary care practice: A scoping review. Heliyon. 2023;9(4).
6. สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ. รายงานผลการตรวจสุขภาพของบุคลากร ประจำปี 2565. อุบลราชธานี: สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ; 2565.
7. ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, มนฤดี แสงวงษ์, ศศิธร บุญสุข, ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์, รัชดาพร จันทบุตร, จิรนันท์ เจริญผล, และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565;17(1):314-25.
8. Lewin K. Action research and minority problems. Journal of social issues. 1946;2(4):34-46.
9. Perreault L, Kramer ES, Smith PC, Schmidt D, Argyropoulos C. A closer look at weight loss interventions in primary care: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine. 2023;10:1204849.
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบัญชีสะสมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: 2565.
11. Best WJ. Research in education: Boston MA: Allyn and Bacon 1997

12. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin. 1985;98(2):310.
13. Protogerou C, Johnson BT, Hagger MS. An integrated model of condom use in Sub-Saharan African youth: A meta-analysis. Health Psychology. 2018;37(6):586.
14. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1977;84(2):191.
15. ภาสิต ศิริเทศ, ณพวิทย์ ธรรมสีหา. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(1):58-65.
16. นพพร ทัพอยู่. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีระดับไขมันในช่องท้องและดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565;2(2):1-12.
17. Mogul A, Smith N, Jones P, Grewal P. A meta-analysis of short-term workplace weight loss interventions. Obesity Reviews. 2018;19 (11):1528-42.
18. Saeidpour A, Parnian S, Ali N. The effectiveness of a health promotion program in a manufacturing company. International Journal of Health Promotion and Education. 2020;58(2):101-15.
19. พรรณทิพา ว่องไว, อมรรัตน์ ภู่เกิด, จันทร์จิรา วีระวงศ์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายและควบคุมอาหารต่อภาวะสุขภาพของบุคลากรในสำนักงาน วารสารพฤติกรรมสุขภาพ. 2559;12(3):45-56.

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

บทความวิจัย

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิ

เทพฤทธิ์ ฤทธิ์ไธสง[1] และ นพรัตน์ เสนาฮาด[2*]

(วันรับบทความ 7 กรกฎาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 19 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับบทความ 3 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 152 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.99 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมระดับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.27 (S.D.=0.44), 4.40 (S.D.=0.48) และ 4.43 (S.D.=0.50) ตามลำดับ โดยพบว่าภาพรวมสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.742, *p*-value<0.001) และ (r=0.792, *p*-value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

[1] นักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Noppse@kku.ac.th

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RPC10Journal

Research article

The competencies in 21st century and transformational leadership affecting the development of primary health care service among the directors of sub-district health promoting hospitals, Chaiyaphum province

Thepparit Ritthaisong[1*] and Nopparat Senahad[2]

(Received: July 7 2025; Revised: November 19 2025; Accepted: December 3 2025)

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive research aimed at examining the 21st century competencies and transformational leadership affecting the development of Primary health care service standards. The sample were 152 director of sub-district health-promoting hospitals, in Chaiyaphum province, Data were collected through questionnaires. The questionnaire underwent content validity assessment by three experts, with all items achieving a content validity index above 0.50. The questionnaire's reliability was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.99. The analysis involved descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, and using stepwise multiple linear regression analysis with a significance level of 0.05.

The results showed that the overall levels of Competencies in the 21st Century, transformational leadership, and development of primary health care service were high, with averages of 4.27 (S.D.=0.44), 4.40 (S.D.=0.48), and 4.43 (S.D.=0.50), respectively. Both the overall competencies in the 21st century and transformational leadership had a high level correlation with the development of primary health care service (r=0.742, *p*-value<0.001) and (r=0.792, *p*-value<0.001), respectively.

Keywords: Competencies in 21st century, Transformational leadership, Development of primary health care service, Sub-district Health Promoting Hospitals

[1] student of Public Health Faculty, Khon Kean University
[2] assistant professor Public Health Faculty, Khon Kean University
* Corresponding Author Email: Noppse@kku.ac.th

กลุ่มงานวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ.2561-2580 เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาในหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ประเทศที่ว่า “ประเทศไทยมีความ มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”[1] และเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแผนต่างๆ ให้มีความสอดคล้อง จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ โดยมุ่งเน้นในการสร้างให้เกิดสมดุลระหว่างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในการดูแลสุขภาพของประชาชน ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขโดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ว่า ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน นำพาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) ด้านบริการเป็นเลิศ 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล[1]

เพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพดี เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และลดความเหลื่อมล้ำ จึงต้องอาศัยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ ประเทศไทยได้มีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ สาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 258 ช(5) หน่วยงานรัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพทั่วถึง และเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมถึงส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย และกำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดสุขภาวะของประชาชนผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ[2] โดยเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้พัฒนามาจากเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในปัจจุบันพัฒนาแนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน อาทิ ด้านระบบบริหารจัดการ และด้านระบบสารสนเทศ เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนา จึงจำเป็นจะต้องมีการบริหารจัดการที่ดีควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะและสมรรถนะที่จำเป็น เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและยากที่จะคาดเดาได้ในศตวรรษที่ 21 นี้ และการดูแลสุขภาพประชาชนของหน่วยบริการปฐมภูมิ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีความสำคัญ ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการที่ดีของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งแนวคิดสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 นี้ ได้มีผู้ทำการศึกษากรอบแนวคิดสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วย 10 ด้าน อาทิ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการสื่อสารจูงใจ และการประสานงาน เป็นต้น[3] นอกจากนี้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องมีทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นแล้ว การมีภาวะผู้นำก็ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ซึ่งการศึกษาทฤษฎีของภาวะผู้นำได้มีผู้ให้ความสนใจและทำการศึกษาเป็นจำนวนมาก โดยภายหลังที่ผ่านมานี้ ได้มีผู้ทำศึกษาการพัฒนาแนวทางการศึกษาภาวะผู้นำในทฤษฎีใหม่ ซึ่งเรียกทฤษฎีนี้ว่า “ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง” ได้กล่าวถึงความสามารถของผู้นำที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ไปยังผู้ใต้บังคับบัญชา ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่มีทั้งประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และนำพาองค์กรสู่ความสำเร็จ ซึ่งภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงนี้ ประกอบไปด้วย 4 ด้าน อาทิ การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และการกระตุ้นทางปัญญา เป็นต้น[4] โดยในงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ การมีภาวะผู้นำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานขององค์กรให้สามารถดำเนินไปตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

ทั้งนี้ จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 ประกอบไปด้วยหน่วยบริการทางด้านสุขภาพในสังกัดหลายระดับ และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 168 แห่ง แบ่งออกเป็น สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 71 แห่ง และสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 97 แห่ง ในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิได้มีแผนในการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 96 ทีม ผลดำเนินงานตั้งแต่ปี 2560-2567 จัดตั้งแล้วเสร็จจำนวน 67 ทีม คิดเป็นร้อยละ 69.8[5] ทั้งนี้ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาอุปสรรค อาทิ การถ่ายโอนสังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด อาจส่งผลต่อข้อจำกัดในการประสานงานระหว่างหน่วยบริการกับคณะกรรมการในการประเมิน รวมไปถึงเกณฑ์ในการประเมินจากทางส่วนกลางเป็นการพัฒนาเกณฑ์ในรูปแบบใหม่ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หน่วยบริการเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการประเมินตนเองเพื่อขอรับการประเมิน และจังหวัดชัยภูมิอยู่ระหว่างการจัดตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และได้กำหนดการประเมินในปีงบประมาณ 2567 จากที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความเข้าใจและเตรียมความพร้อมให้เท่าทันต่อสถานการณ์ รวมถึงมีแนวทางในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยจำเป็นจะต้องบริหารจัดการทางด้านบุคลากร งบประมาณ รวมถึงทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด และสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในเรื่องสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำผลการศึกษาในครั้งนี้ ไปใช้ในการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ และเป็นการช่วยเพิ่มความมั่นคงปลอดภัย และสร้างความไว้วางใจในการเข้ารับบริการของประชาชนในบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ
2. ระดับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

3. คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ หรือไม่ อย่างไร

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21
1) ด้านภาวะผู้นำ
2) ด้านการสื่อสารจูงใจ
3) ด้านการประสานงาน
4) ด้านการทำงานเป็นทีม
5) ด้านการวางแผนกลยุทธ์
6) ด้านการคิดในเชิงวิเคราะห์
7) ด้านการบริการที่ดี
8) ด้านการทำงานชุมชน/เชิงรุก
9) ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน
10) ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง
1) ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล
2) ด้านการกระตุ้นทางปัญญา
3) ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ
4) ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์

ตัวแปรตาม

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
1) ด้านระบบบริหารจัดการ
2) ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ
3) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม
4) ด้านระบบสารสนเทศ
5) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
6) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
7) ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)
8) ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยเก็บข้อมูลแบบเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันเก็บข้อมูล 20 ธค 2567-20 มกราคม 2568

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 168 คน[5] ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 90.47

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ สร้างเครื่องมือจากนิยามศัพท์เฉพาะ และการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามกระบวนการสร้างเครื่องมือ โดยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2 และ 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4
สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3
สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระดับน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 2
สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2 และ 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ระดับน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 2
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2 และ 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5
การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4
การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3
การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 2
การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

5.3 การตรวจสอบเครื่องมือ

จากการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ข้อคำถามจำนวน 110 ข้อ ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 (ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.67 มีจำนวน 17 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 15.5 และข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 มีจำนวน 93 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 84.5 จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม เพื่อความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน พบว่า ค่าความเที่ยงของรายด้านมีค่าดังนี้ 1) สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 มีค่าเท่ากับ 0.98 2) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีค่าเท่ากับ 0.94 3) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ มีค่าเท่ากับ 0.98 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด มีค่าเท่ากับ 0.99

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2567 เลขที่ HE672228 เก็บข้อมูลในรูปแบบ Online โดยสร้างแบบสอบถามใน Google forms (Questionnaire on Google forms) ผู้วิจัยจะทำการส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างโดยตรงทาง Email ผู้วิจัยมีคำชี้แจงเกี่ยวกับโครงการการวิจัยนี้ไปด้วย ซึ่งการตอบกลับมาถือเป็นการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะดำเนินการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวอาสาสมัครหรือสถานที่ทำงาน มีมาตรการในการรักษาความลับ ซึ่งในข้อคำถามจะไม่ให้กลุ่มตัวอย่างระบุถึงชื่อสกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ โดยการทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2567 ลำดับที่ 3.6.02 : 50/2567 เลขที่ HE672228

7. ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

คุณลักษณะส่วนบุคคล ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 52.6 โดยช่วงอายุที่มีมากที่สุด คือ 51 ปี ขึ้นไป จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 59.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.2 ปี (S.D.=6.85 ปี) อายุต่ำสุด 28 ปี และอายุมากสุด 60 ปี มีสถานภาพคู่/สมรส จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 75.7 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 117 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.0 มีช่วงรายได้ระหว่าง 50,001-60,000 บาท จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 มีค่าเฉลี่ย 51,624.80 บาท (S.D.=10,369.07 บาท) รายได้ต่ำสุด 22,000 บาท รายได้สูงสุด 70,670 บาท มีระยะเวลาการเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในช่วงระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 61.8 มีค่ามัธยฐาน 7 ปี ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR)=14.64 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 35 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 ได้รับการอบรม จำนวน 1-3 ครั้ง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 มีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง จำนวนครั้งต่ำสุด 1 ครั้ง จำนวนครั้งสูงสุด 8 ครั้ง และเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9

2. ระดับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านภาวะผู้นำ	4.22	0.54	มาก
2. ด้านการสื่อสารจูงใจ	4.23	0.55	มาก
3. ด้านการประสานงาน	4.37	0.48	มาก
4. ด้านการทำงานเป็นทีม	4.41	0.50	มาก
5. ด้านการวางแผนกลยุทธ์	4.23	0.54	มาก
6. ด้านการคิดในเชิงวิเคราะห์	4.15	0.59	มาก
7. ด้านการบริการที่ดี	4.26	0.58	มาก
8. ด้านการทำงานชุมชนเชิงรุก	4.36	0.58	มาก
9. ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน	4.37	0.57	มาก
10. ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ	4.13	0.64	มาก
ภาพรวม	**4.27**	**0.44**	**มาก**

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

3. ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	4.42	0.55	มาก
2. ด้านการกระตุ้นทางปัญญา	4.40	0.54	มาก
3. ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ	4.37	0.60	มาก
4. ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	4.43	0.50	มาก
ภาพรวม	**4.40**	**0.48**	**มาก**

4. ระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	4.30	0.59	มาก
2. ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	4.42	0.63	มาก
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	4.41	0.59	มาก
4. ด้านระบบสารสนเทศ	4.39	0.56	มาก
5. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	4.39	0.57	มาก
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	4.18	0.67	มาก
7. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค	4.39	0.59	มาก
8. ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดชื้อ	4.45	0.54	มาก
ภาพรวม	**4.37**	**0.48**	**มาก**

5. สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต 0.05 ได้แก่ สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 สมรรถนะในศตวรรษที่ 21

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=0.660 to 0.806; r=0.742, *p*-value<0.001) ส่วนสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน (95%CI=0.547 to 0.733; r=0.649, *p*-value<0.001) ด้านการบริการที่ดี (95%CI=0.534 to 0.724; r=0.639, *p*-value<0.001) ด้านการทำงานชุมชนเชิงรุก

(95%CI=0.533 to 0.723; r=0.638, *p*-value < 0.001) ด้านการประสานงาน (95%CI=0.526 to 0.719; r=0.632, *p*-value<0.001) ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ (95%CI=0.471 to 0.682; r=0.586, *p*-value<0.001) ด้านการวางแผนกลยุทธ์ (95%CI=0.466 to 0.679; r=0.582, *p*-value<0.001) ด้านการทำงานเป็นทีม (95%CI=0.460 to 0.674; r=0.577, *p*-value<0.001) ด้านการสื่อสารจูงใจ (95%CI=0.408 to 0.638; r=0.533, *p*-value<0.001) ด้านการคิดในเชิงวิเคราะห์ (95%CI=0.367 to 0.608; r=0.497, *p*-value<0.001) และด้านภาวะผู้นำ (95%CI=0.336 to 0.586; r=0.470, *p*-value<0.001)

5.2 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI=0.724 to 0.845; r=0.792, *p*-value<0.001) พิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับสูง ได้แก่ ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (95%CI=0.650 to 0.799; r=0.733, *p*-value<0.001) และด้านการกระตุ้นทางปัญญา (95%CI=0.639 to 0.792; r=0.724, *p*-value<0.001) และพบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (95%CI=0.585 to 0.758; r=0.681, *p*-value<0.001) และด้านการสร้างแรงบันดาลใจ (95%CI=0.564 to 0.744; r=0.663, *p*-value<0.001)

6. สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ตัวแปร	Beta	95%CI		t	*p*-value	R^2	R^2_{adj}	R^2_{change}
		Lower	Upper					
1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	0.363	0.225	0.475	5.523	< 0.001	0.537	0.534	-
2. สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี	0.215	0.079	0.278	3.537	0.001	0.628	0.623	0.091
3. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	0.255	0.114	0.339	3.972	< 0.001	0.662	0.655	0.034
4. สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ	0.182	0.052	0.224	3.160	0.002	0.684	0.675	0.021
ค่าคงที่=0.490, F=79.417, *p*-value<0.001, R=0.827, R^2=0.684, R^2_{adj}=0.675								

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 68.4 (R^2=0.684, *p*-value<0.001)

โดยสามารถกำหนดเป็นสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบแทนค่าสมการได้ดังนี้

Y=0.490 + (0.350) (ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์)
+ (0.179) (สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี)
+ (0.226) (ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล)
+ (0.138) (สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ)

8. สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

จากผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.27(S.D.=0.44) ซึ่งศตวรรษที่ 21 ยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง เป็นยุคสมัยแห่งเทคโนโลยีและนวัตกรรม ฉะนั้น ในกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมหรือพัฒนาทักษะที่สำคัญ เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมเหล่านี้ ดังนั้น จึงต้องมีการบริหารจัดการที่ดีของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[3] จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังพบได้น้อย ในการทบทวนงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะของตัวแปรย่อยที่คล้ายคลึงกันกับแนวคิดสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่า ระดับทักษะภาวะผู้นำ ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D.=0.64)[6], 4.03 (S.D.=0.57)[7], 4.06 (S.D.=0.45)[8] ตามลำดับ อย่างไรก็ตามบริบทและการบริหารงานของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน จึงมักพบปัญหาที่หลากหลายและความซับซ้อนแตกต่างกันออกไป ทั้งภายในหรือภายนอกองค์กรที่อาจส่งผลต่อสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กรได้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับทักษะภาวะผู้นำของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.57)[9], 3.28 (S.D.=0.61)[10] ตามลำดับ

2. ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

จากผลการศึกษา พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.40 (S.D.=0.48) ทั้งนี้ การมีภาวะผู้นำก็ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ ทฤษฎีของภาวะผู้นำได้มีผู้ให้ความสนใจและทำการศึกษาเป็นจำนวนมาก โดยภายหลังที่ผ่านมานี้ ได้มีผู้ทำศึกษาการพัฒนาแนวทางเกี่ยวกับภาวะผู้นำในทฤษฎีใหม่ ซึ่งเรียกทฤษฎีนี้ว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยกล่าวถึงความสามารถของผู้นำที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ไปยังผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลและนำพาองค์กรสู่ความสำเร็จ[4] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่า ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.=0.62)[11], 4.50 (S.D.=0.42)[12], 3.83 (S.D.=0.85)[13] ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จากความแตกต่างในระดับตัวบุคคล ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการแสดงออกถึงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลาย ส่งผลให้มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของบุคลากรภาครัฐ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.56 (S.D.=0.34)[14], 4.51 (S.D.=0.50)[15] ตามลำดับ ทั้งนี้ ควรคำนึงถึงความแตกต่าง

ของบุคลากรแต่ละคน และสร้างแรงบันดาลใจ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อความขัดแย้งภายในองค์กร เกิดความผูกผันต่อองค์ และนำพาองค์กรบรรลุสู่ความสำเร็จ

3. ระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

จากผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.37 (S.D.=0.48) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของชาติ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ ซึ่งได้มีแนวทางในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน[2] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่า ระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของบุคลากรทางสาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.42 (S.D.=0.45)[16], 3.89 (S.D.=0.46)[17], 3.83 (S.D.=0.41)[18] ตามลำดับ อย่างไรก็ตามบริบทแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน จึงมักพบปัญหาที่หลากหลายและความซับซ้อนแตกต่างกันออกไป ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของบุคลากรทางสาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.68)[19]

4. สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ตัวแปรที่มีผลและถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการจะเป็นตัวแปรที่มีค่า นัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการ มีดังนี้

จากผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (p-value<0.001) สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี (p-value=0.001) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (p-value<0.001) และสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ (p-value=0.002) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีรายละเอียดการคัดเลือกตัวแปรอิสระในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรอิสระที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B=0.350, 95%CI=0.225 to 0.475) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้คะแนนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ เพิ่มขึ้น 0.350 หน่วย ตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ สามารถพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 53.7 (R^2=0.537, p-value<0.001)

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรอิสระที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ คือ สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B=0.179, 95%CI=0.079 to 0.278) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

เมื่อคะแนนของตัวแปรสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้คะแนนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ เพิ่มขึ้น 0.179 หน่วย สามารถพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 9.1 (R^2_{change}=0.091) ตัวแปรทั้ง 2 ตัว ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ และสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 62.8 (R^2=0.628, *p*-value=0.001)

ขั้นตอนที่ 3 ตัวแปรอิสระที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B=0.226, 95%CI=0.114 to 0.339) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้คะแนนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ เพิ่มขึ้น 0.226 หน่วย สามารถพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 3.4 (R^2_{change}=0.034) ตัวแปรทั้ง 3 ตัว ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 66.2 (R^2=0.662, *p*-value<0.001)

ขั้นตอนที่ 4 ตัวแปรอิสระที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ คือ สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B=0.138, 95%CI=0.052 to 0.224) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้คะแนนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ เพิ่มขึ้น 0.138 หน่วย สามารถพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 2.1 (R^2change=0.021) ตัวแปรทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 68.4 (R^2=0.684, *p*-value<0.001)

4.1 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 53.7 (R^2=0.537, *p*-value<0.001) ซึ่งการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดความเคารพ ความเชื่อมั่น ความศรัทธา และไว้วางใจในความสามารถ พร้อมทั้งทุ่มเทความพยายามในการพัฒนาและส่งผลต่อปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้[4] ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของอารีย์ อ่องสว่าง และคณะ และเกศิริน เชื้อภักดี ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (R^2=0.532,

p-value<0.001)[20], (R^2=0.589, *p*-value<0.001)[11] ตามลำดับ ทั้งนี้ จากความแตกต่างในตัวบุคคลเอง ส่งผลต่อการแสดงออกในด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์แตกต่างกันไป จึงทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณิศา กองกาญจน์ ที่ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข [21]

4.2 สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 62.8 (R^2=0.628, *p*-value=0.001) ซึ่งการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถแสดงออกถึงความเข้าใจ ในความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ มีการแสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจและประทับใจ พร้อมทั้งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้[3] ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของธนัญชนก รัตนสิมากร และคณะ และอิ่มฤทัย ไชยมาตย์ และคณะ ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า ปัจจัยด้านการบริการที่ดี มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (R^2=0.731, *p*-value<0.001)[17], (R^2=0.701, *p*-value<0.001)[18] ตามลำดับ ทั้งนี้ จากความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ส่งผลให้การบริการแตกต่างกันออกไป จึงทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของภูวนาถ ศรีสุธรรม และคณะ ที่ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยด้านการบริการที่ดีไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข [6]

4.3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 66.2 (R^2=0.662, *p*-value<0.001) พฤติกรรมของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นรายบุคคล มีความเข้าใจในข้อแตกต่างระหว่างตัวบุคคล ทำให้ผู้ตามรู้สึกมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อองค์กร[4] ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของอารีย์ อ่องสว่าง และคณะ ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สามารถพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (R^2=0.532, *p*-value<.001)[20] ทั้งนี้ จากความแตกต่างในตัวบุคคลเอง ส่งผลต่อการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเกศิรินเชื้อภักดี และวรรณิศา กองกาญจน์ ที่ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[11] [21]

4.4 สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ สามารถร่วมกันพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 68.4 (R^2=0.684, *p*-value<0.001) ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของภูวนาถ ศรีสุธรรม และคณะ และณัฐพงษ์ ศิลาเหลือง ที่ศึกษาในตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายกัน พบว่า ปัจจัยด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศมีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (R^2=0.871, *p*-value<0.001)[6], (R^2=0.532, *p*-value<0.001)[19] ตามลำดับ ทั้งนี้ ข้อแตกต่างในตัวบุคคลเองส่งผลต่อการรับรู้ และการพัฒนาทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ จึงทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของชุลีพร เพ็งทอง และคณะ และอรวรรณ สินค้า ที่ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข [7] [22] ตามลำดับ

9. สรุปผลการศึกษา

ภาพรวมระดับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับมาก โดยพบว่า ภาพรวมสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ และตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการบริการที่ดี ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ด้านการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เป็นบุคคลที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง มีวิสัยทัศน์กว้างไกล และสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ ด้านการบริการที่ดีควรมีการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน โดยการสนับสนุนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยฯ ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำภูมิปัญญาพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้กับการบริการให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ ในด้านภาวะผู้นำควรส่งเสริมให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พัฒนาทักษะในการสื่อสาร เพื่อที่จะสามารถสื่อสารและจูงใจผู้อื่นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการทำงานได้ และควรมีการอบรมและพัฒนาศักยภาพด้าน Soft skill ให้กับบุคลากรทุกระดับ เพื่อช่วยในการสื่อสารภายในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

4. องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ ควรส่งเสริมและพัฒนาผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีความรู้ความสามารถทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศบริหารจัดการองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาการดำเนินงานตามแนวทางของคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในทุกระดับ

2. ควรมีการศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในจังหวัดชัยภูมิ ในกลุ่มบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

11. เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/strategyMOPH2019.pdf.
2. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.
3. รัตนศักดิ์ ทรัพย์เจริญ, วรกฤต เถื่อนช้าง. สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในศตวรรษที่ 21. บัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ วิทยาลัยสงฆ์นครสวรรค์. 2565;10(1):139-48.
4. Bass BM, Avolio BJ. Transformational leadership and organizational culture. Public Adm Q. 1993;112-21.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2567. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ; 2567.
6. ภูวนาถ ศรีสุธรรม, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐพล โยธา. สมรรถนะผู้บริหารและบรรยากาศองค์กรที่มี ผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2567;6(4):49-57.
7. ชุลีพร เพ็งทอง, นพรัตน์ เสนาฮาด, นครินทร์ ประสิทธิ์, สุรชัย พิมหา. สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2566;23(2): 235-46.
8. อลิสา ไพหนูสี, ประจักร บัวผัน, สุรชัย พิมหา. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อบทบาทในการนำเสนอผลงานวิชาการของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2566;16(2):41-57.
9. นวพร รัตนจริยา, ชนะพล ศรีฤๅชา. แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐานของทันตบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):588-604.
10. Phayvanh Keopaseuth, ประจักร บัวผัน, สุรชัย พิมหา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐเขตนครหลวงเวียงจันทร์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563;20(2):96-107.
11. เกศิริน เชื้อภักดี. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2567;6(1):56-68.
12. พันธะกานต์ ยืนยง, สุรเดช สำราญจิตต์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับทักษะซอฟต์สกิลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา. TUH Journal online. 2567;9(1):32-44.
13. สมบูรณ์ บุณยเกียรติ, เนตรชนก ศรีทุมมา, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคกลาง. วชิรสารการพยาบาล. 2564;23(2):57-69.

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

14. หะดีดะฮ หมัดศิริ, กรุณา แดงสุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการบริหารงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสงขลา. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 13; 2565 มิ.ย. 24; สงขลา, ประเทศไทย. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2565. หน้า 2038–2050.
15. กาณติมา พงษ์นัยรัตน์. ปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่จังหวัดระยอง. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก. 2563;9(2):21-7.
16. สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรคสคร. 2 พิษณุโลก. 2566;10(1):92-105.
17. ธนัญชนก รัตนสิมากร, ประจักร บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรส, กนฤปวรรต์ พรหมมาวัย. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารทันตาภิบาล. 2565;33(2):111-8.
18. อิ่มฤทัย ไชยมาตย์, ประจักร บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564;21(3):172-85.
19. ณัฐพงษ์ ศิลาเหลือง. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
20. อารีย์ อ่องสว่าง, นิตยา นิลรัตน์. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและคุณลักษณะของผู้ตามที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนราธิวาส. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(2):272-87.
21. วรรณิศา กองกาญจน์. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของพนักงานโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. สาขาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2564.
22. อรวรรณ สินค้า, ชนะพล ศรีฤๅชา. ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;12(3):613-621.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10Journal

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้ LINE official

พรรณปพร ภาละกาล[1] และ วิษณุ จันทร์สด[2*]

(วันรับบทความ 20 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 28 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับบทความ 4 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้ LINE official ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดสอบโปรแกรมใช้กลุ่มตัวอย่าง ช่วงที่ 1 จำนวน 17 คน และ ช่วงที่ 2 จำนวน 40 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น 2 ฉบับ ประเมินความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่า Cronbach's alpha ได้เท่ากับ .981 และ .955 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้กระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และ Wilcoxon signed ranks test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย 1) ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า ผู้รับบริการ มีความรู้สึกกลัว วิตกกังวลสูง ข้อมูลที่ได้รับยังไม่เพียงพอในการตัดสินใจ ส่วนผู้ให้บริการพบภาระงานมากจากการให้ข้อมูลซ้ำ ๆ ทางโทรศัพท์และไลน์ 2) ผลการพัฒนาต้นแบบโปรแกรม ฯ ฉบับร่างที่ 1 โดยใช้ชื่อโปรแกรมว่า "ความรอบรู้เรื่อง HPV" ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ 6 ด้าน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจากนั้นทำการปรับปรุงเป็นฉบับร่างที่ 2 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น 3) ผลการทดลองใช้โปรแกรมฯ ทั้งในกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) สรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ที่มีผลตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดภาระงานของผู้ให้บริการได้

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมความรอบด้านสุขภาพ การตรวจคัดกรอง HPV DNA Test มะเร็งปากมดลูก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่10 อุบลราชธานี
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: nu_chansod@hotmail.com

Research Article

Development of a Health Literacy Promotion Program for Clients with Abnormal HPV DNA Test Results at Health Promotion Center 10, Ubon Ratchathani, Using LINE Official

Panpaporn Phalakan[1] and Witsanu Chansod[2*]

(Received: May 20 2025; Revised: November 28 2025; Accepted: December 4 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop a health literacy promotion program for clients with abnormal Human Papillomavirus (HPV) DNA test results at the Regional Health Center 10, Ubon Ratchathani, utilizing the LINE Official platform. Phase 1 involved a qualitative study to analyze the current situation, using a sample of 12 participants. Phase 2 focused on program development and testing, utilizing a pilot group of 17 participants (Period 1) and a larger testing group of 40 participants (Period 2). Data were collected using two self-developed questionnaires. Content validity was assessed by 5 experts, and reliability was checked using Cronbach's alpha coefficients of .981 and .955, respectively. Qualitative data were analyzed using thematic analysis. Hypotheses were tested using the Paired sample t-test and the Wilcoxon signed-ranks test, with statistical significance set at $p<.05$.

Results 1) Problem Assessment revealed that clients experienced high fear and anxiety, and the information received was insufficient for confident decision-making. Service providers reported a heavy workload due to repeated information delivery via phone and LINE. 2) Program Development: The first prototype, named "HPV Health Literacy", comprised six health literacy promotion activities. It was piloted with a small sample, then revised into Prototype 2 and tested with a larger sample. 3) Program Trial: The trial results from both the small and large groups showed that the mean overall health literacy scores post-intervention were significantly higher than those pre-intervention ($p<.05$). In conclusion, the developed health literacy promotion program can effectively be used to enhance health literacy among individuals with abnormal HPV DNA test results and help reduce the workload for service providers.

Keywords: Health Literacy Promotion Program, HPV DNA Test, Cervical Cancer

[1] Registered Nurse (Professional Level), Health Promotion Center 10, Ubon Ratchathani
[2] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasitthiprasong
* Corresponding author Email: witsanu@bcnsp.ac.th

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เป็นโรคที่พบมากในสตรีทั่วโลก เป็นอันดับ 4 ในปี ค.ศ.2018 องค์การอนามัยโลก มีรายงานพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 570,000 คน เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จำนวน 311,000 คน มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นในปี ค.ศ.2020 โดยพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 604,000 คน เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จำนวน 342,000 คน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 700,000 คน และเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จำนวน 400,000 คน[1] ในประเทศไทยพบปัญหามะเร็งปากมดลูกเช่นกัน มีรายงานพบว่า มะเร็งในเพศหญิงที่พบมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ[2] ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข 5 ปีย้อนหลังพบว่ามีอัตราป่วยต่อจำนวนประชากร (เพศหญิง) มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งสิ้น 11,631 คน คิดเป็นร้อยละ 0.05 ในปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นเป็น 13,496 คนคิดเป็นร้อยละ 0.06 และข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 10 ก็พบแนวโน้มที่สูงขึ้นเช่นกันโดยพบว่า จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2566 มีอัตราป่วยต่อจำนวนประชากร (เพศหญิงในจังหวัด) สูงสุด จำนวน 617 คน คิดเป็นร้อยละ 0.09 [3]

ปัจจุบันมีวิธีการตรวจคัดกรองที่ทันสมัยและได้ผลแม่นยำมากขึ้น ซึ่งคือการตรวจหาดีเอ็นเอของไวรัสเอชพีวี (HPV DNA testing) ร่วมกับการตรวจ Pap smear ในการตรวจคราวเดียวกัน ซึ่งมีข้อดีคือ สามารถตรวจจับเชื้อก่อนเซลล์เปลี่ยนโดยสามารถตรวจพบการติดเชื้อไวรัส High-Risk HPV ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูกได้ล่วงหน้าหลายปี ก่อนที่เซลล์จะเริ่มเปลี่ยนแปลงผิดปกติ ลดผลลบปลอม: Co-testing มีความไวในการตรวจจับรอยโรคที่รุนแรงสูงมาก ทำให้โอกาสที่จะพลาดการวินิจฉัยรอยโรคสำคัญ (False negative) ต่ำกว่าการตรวจ Pap smear เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีข้อเสียคือการตรวจ Co-testing มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการตรวจ Pap smear เพียงอย่างเดียว เนื่องจากต้องทำการวิเคราะห์ตัวอย่างด้วยเทคนิคที่แตกต่างกันถึง 2 ชนิด ซึ่งการตรวจวิธีนี้ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกา ว่าสามารถตรวจหาไวรัสที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกได้ถึง 13 สายพันธุ์[4]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง[5] โดย Don Nutbeam ได้แบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ โดยแนวคิดนี้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) และทักษะทางสังคม (Social skill) ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ใน 3 ระดับคือในระดับพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการรับรู้และความเข้าใจ ในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และในระดับวิจารณญาณ ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น

จากรายงาน Digital 2022 Data reportal global digital insights พบว่าคนไทยมากกว่า 54.5 ล้านคนมีบัญชีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต[6] และมากกว่า 50 ล้านคนมีบัญชีผู้ใช้งาน แอปพลิเคชัน LINE จึงนับว่า LINE เป็น

แพลตฟอร์ม messenger ที่มีผู้นิยมใช้งานมากที่สุดในประเทศไทย และมีความร่วมมือในการพัฒนา LINE official account มาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย โดยคุณสมบัติแพลตฟอร์มของ Line official account สามารถส่งข้อความได้ทั้ง รูปภาพ วิดีทัศน์ โดยสามารถส่งข้อความครั้งเดียวถึงกลุ่มเป้าหมายได้หลายคนในรูปแบบที่เรียกว่า บรอดแคสต์ข้อความ[7] และปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาวิจัยที่นำ LINE official account มาประยุกต์ใช้กับการเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมและหนึ่งในบริการที่สำคัญคือการให้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจ HPV DNA test โดยในปีงบประมาณ 2566 ได้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีดังกล่าวจำนวนทั้งสิ้น 2,074 ราย พบผลการตรวจที่ผิดปกติจำนวน 269 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.97 จากการดำเนินการดังกล่าวยังพบปัญหาในการปฏิบัติงาน เช่น ในการแจ้งผลการตรวจ HPV DNA Test ในรายที่มีผลการตรวจผิดปกติโดยการแจ้งผลและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน และมีการสื่อสารในรูปแบบของ LINE กลุ่ม ซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลและความเครียดในระดับมาก มีความกลัวว่าจะเป็นมะเร็ง มีการสอบถามข้อมูลการรักษาและการปฏิบัติตัวหลังทราบผลการตรวจ โอกาสในการรักษาหายของโรคเป็นจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องตอบคำถามเดิมซ้ำ ๆ ซึ่งทำให้เกิดภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดที่จะพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้ LINE official เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และเพิ่มความเป็นส่วนตัวในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ โดยการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Don Nutbeam[5] อันจะส่งผลให้ ผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวมีความรอบรู้ที่เพิ่มขึ้นทำให้กระบวนการในการป้องกันและรักษาโรคดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและองค์ประกอบในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้ LINE Official

2. เพื่อออกแบบและพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้ LINE official

3. เพื่อทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้ LINE official ที่พัฒนาขึ้น

4. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้ LINE official โดย

4.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

4.2 เพื่อศึกษาความใช้ได้ของโปรแกรม (Usability) ที่พัฒนาขึ้น

3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

1) กรอบแนวคิดของกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) ซึ่งประกอบด้วย 1) ศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและองค์ประกอบในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ฯ (ระยะ R1) 2) ออกแบบพัฒนาโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล (ระยะ D1, R1) 3) นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก พร้อมทั้งประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม รอบที่ 1 (ระยะ R2) 4) ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมจากผลการประเมินในรอบที่ 1 (ระยะ D2) และ5) นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ พร้อมทั้งประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม รอบที่ 2 (ระยะ R3)

2) ความใช้ได้ของโปรแกรม (Usability) โดยการวัดการยอมรับและทัศนคติต่อการใช้รูปแบบ ตามกรอบแนวคิดการรับรู้และทัศนคติและการยอมรับนวัตกรรม ตามทฤษฎียอมรับด้วยคุณสมบัติ (The theory of perceived attributes) ของ Rogers[8] ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) มีข้อดีและประโยชน์มากกว่า 2) สอดคล้องกับการปฏิบัติ 3) ไม่ซับซ้อน 4) ทดลองใช้ได้ก่อนการจะยอมรับ และ 5) สามารถสังเกตผลที่เกิดขึ้น

3) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามกรอบแนวคิดของ Don Nutbeam[5] โดยเน้นการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ใน 3 ระดับคือในระดับพื้นฐานได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการรับรู้และความเข้าใจ ในระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และในระดับวิจารณญาณ ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการและองค์ประกอบในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (ระยะ R1)

2) ออกแบบและพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ฯ (ระยะ D1,D2)

3) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ฯ (R2,R3)

โดยระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยรวมทั้งสิ้น 9 เดือน

4.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยแบ่งเป็น ระยะ R1 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ระยะ R2 และ R3 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้รับบริการเพศหญิง ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประจำปี 2566-2567 ที่มีผลการตรวจผิดปกติ จำนวน 269 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เพศหญิง ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประจำปี 2566-2567 อายุ ระหว่าง 20-60 ปี ที่มีผลการตรวจผิดปกติ

2) ไม่มีโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยในระยะรุนแรงที่จะเป็นอุปสรรคในการร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

3) มีและใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน หรืออุปกรณ์อื่นที่รองรับแอปพลิเคชันที่ใช้ได้

4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1) ไม่สามารถใช้แอปพลิเคชัน LINE ได้หรือไม่มีสมาร์ทโฟนที่สามารถรองรับการใช้งาน LINE Official account ได้

2) มีภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ หรือ มีอาการเจ็บป่วยทางกายหรือจิตที่รุนแรง ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ การเข้าร่วมกิจกรรม หรือการตอบแบบสอบถาม

3) เป็นผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือ ผู้ที่ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและทำกิจกรรมตามกำหนดเวลา

4.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักการ ความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) ซึ่งในการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ทั้งหมดจำนวน 12 คน ประกอบด้วยผู้มารับบริการจำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่ให้บริการในส่วนที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 คน

ระยะที่ 2 การทดสอบโปรแกรม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การกำหนดค่าอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen[9] โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1. กำหนดค่าอิทธิพล ขนาดใหญ่ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power (Effect size)=.80 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power=.90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน โดยเผื่อกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10% เป็นจำนวน 17 คน ช่วงที่ 2 กำหนดค่าอิทธิพล ขนาดกลาง (Effect size)=.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power=.90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน โดยเผื่อกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10% เป็นจำนวน 40 คน

4.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยยึดหลักการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายสูงที่สุดในลักษณะที่สำคัญ (Maximum variation) เพื่อให้ครอบคลุมปรากฏการณ์ และ ในระยะที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มเลือกจากรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีคำถามหลักที่ต้องถามจำนวน 6 คำถาม โดยคำถามส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดประกอบด้วยส่วนของผู้รับบริการจำนวน 3 ข้อ และส่วนของผู้ให้บริการจำนวน 3 ข้อ

ระยะที่ 2 การทดสอบโปรแกรม เครื่องมือ ได้แก่

1) โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยใช้ LINE official เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2) แบบสอบถามโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา[10] มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 4 ข้อคำถามและส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็นทักษะ 6 ด้าน ๆ ละ 6 ข้อ รวมทั้งหมด 36 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ น้อยที่สุด ได้คะแนน=1 คะแนน น้อย ได้คะแนน=2 คะแนน ปานกลาง ได้คะแนน=3 คะแนน มาก ได้คะแนน=4 คะแนนมากที่สุด ได้คะแนน=5 คะแนน มีเกณฑ์ในการจำแนกระดับคะแนนตามองค์ประกอบความ

รอบรู้ ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ<60%=ไม่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ≥60-<70%=พอใช้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ≥70-<80%=ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ≥80%=ดีมาก[11]

3) แบบสอบถามความใช้ได้ของโปรแกรม (Usability) ตามกรอบแนวคิดการรับรู้และทัศนคติและการยอมรับนวัตกรรม ตามทฤษฎียอมรับด้วยคุณสมบัติ Rogers[8] โดยการวัดการรับรู้และทัศนคติต่อโปรแกรม ฯ ซึ่งใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย การรับรู้และทัศนคติต่อโปรแกรม ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง การรับรู้และทัศนคติต่อโปรแกรม อยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 การรับรู้และทัศนคติต่อโปรแกรม อยู่ในระดับน้อย 2.51-3.50 การรับรู้และทัศนคติต่อโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง 3.51-4.50 การรับรู้และทัศนคติต่อโปรแกรม อยู่ในระดับมาก 4.51-5.00 การรับรู้และทัศนคติต่อโปรแกรม อยู่ในระดับมากที่สุด

4.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1) โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าเท่ากับ 1.00

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าเท่ากับ 1.00

2.2) แบบสอบถามโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ

2.3) แบบสอบถามการรับรู้และทัศนคติต่อโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา Content validity) ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และดำเนินการตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามทั้งสองชุดดังกล่าวไปทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณโดยทดสอบค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบสอบถามชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.981 และ 0.955 ตามลำดับซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ในส่วนของผู้รับบริการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชัน LINE ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์แบบเผชิญหน้าที่สำนักงานของเจ้าหน้าที่ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วง เดือน เมษายน 2567

ระยะที่ 2 การทดสอบโปรแกรม โดยแบ่งเป็นช่วงของการทดสอบโปรแกรมเป็น 2 ช่วงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Online ผ่านแอปพลิเคชัน Google form โดยการส่ง Link ผ่านโปรแกรม LINE official โดยส่งและติดตามเป็นรายบุคคล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วง เดือน พฤษภาคม 2567-มกราคม 2568

4.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามแนวทางของ Creswell[12] ประกอบด้วยได้แก่ 1) การจัดระเบียบข้อมูล

2) การกำหนดรหัสข้อมูล 3) การให้ความหมายและตีความข้อมูล 4) การแสดงข้อมูลจัดกลุ่ม และ 5) การนำเสนอข้อมูล

ระยะที่ 2 การทดสอบโปรแกรม

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และ Wilcoxon signed ranks test โดยการ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทีก่อนพิจารณาเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม

3) ความใช้ได้ของโปรแกรม (Usability) ใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.9 การพิจารณาด้านจริยธรรม

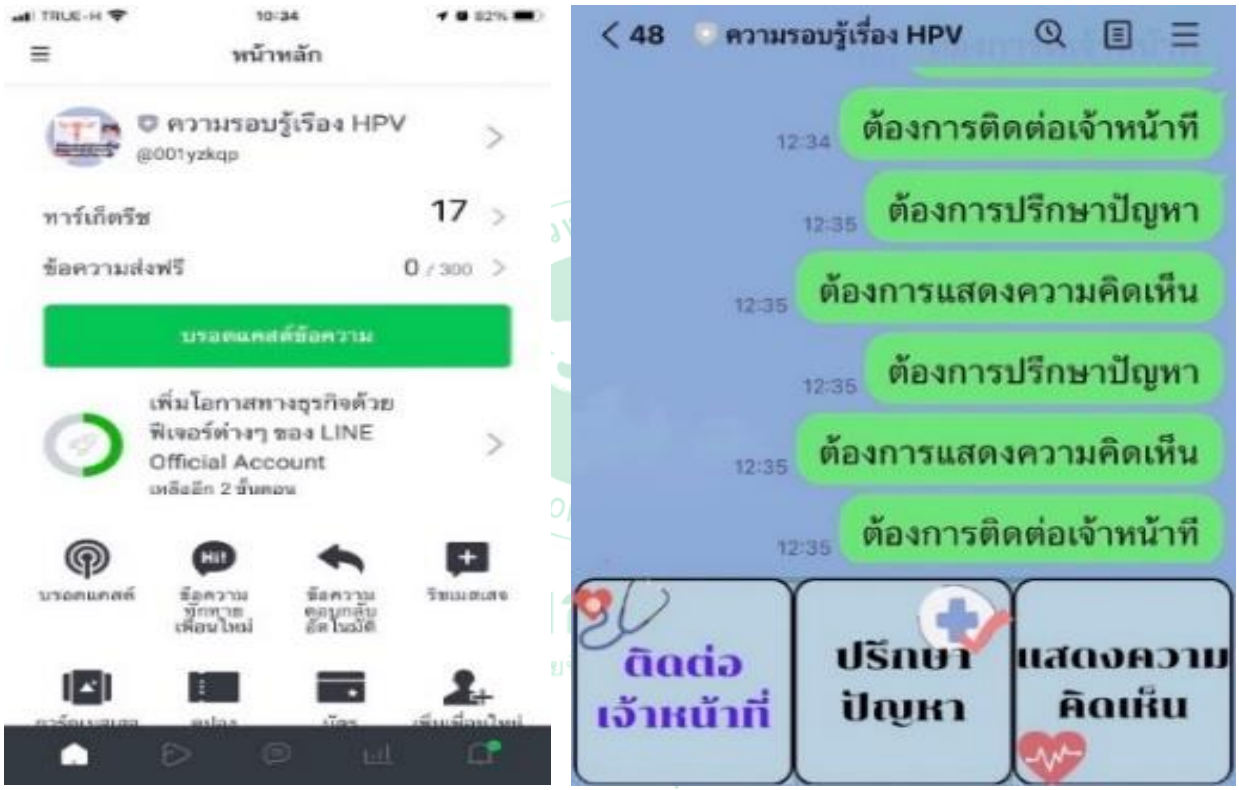
การวิจัยครั้งนี้ได้การรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี รหัสโครงการ ID-01-67-06-E วันที่รับรอง 20 มีนาคม 2567 โดยคณะผู้วิจัยมีหนังสือชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างให้ได้ได้รับทราบก่อนให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการตามขั้นตอนที่คณะกรรมการกำหนด

5. ผลการวิจัย

1. Research: R1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อค้นพบตามประเด็นสาระที่ศึกษา ดังนี้ 1. ส่วนของผู้รับบริการ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลตรวจที่ผิดปกติและการดำเนินการต่อ พบว่าผู้รับบริการหลังจากทราบผลผิดปกติ มีความรู้สึกกลัว วิตกกังวลสูง กลัวเป็นมะเร็ง ไม่ทราบว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรต่อไป และข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ตัดสินใจได้อย่างมั่นใจ 2) ประสบการณ์การสื่อสารจากเจ้าหน้าที่ พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้ให้คำแนะนำหรืออธิบายแนวทางการรักษาดีในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ทำให้คลายวิตกกังวล เกรงใจเจ้าหน้าที่ ไม่กล้าถามมาก การสอบถามผ่านทางโทรศัพท์ไม่ค่อยสะดวก และมีข้อจำกัด 3) ความต้องการข้อมูลและช่องทางการสื่อสาร พบว่า อยากได้การสื่อสารที่สะดวก มีความเป็นส่วนตัวสูง ไม่อยากเข้าไลน์กลุ่ม อยากได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค โอกาสหายจากโรค การรักษาหลังผลการตรวจผิดปกติ 2. ส่วนของผู้ให้บริการ 1) แนวทางการให้ข้อมูลเมื่อผลผิดปกติ พบว่า เมื่อผู้รับบริการมีผลตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติ มีแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการทางโทรศัพท์และใช้โปรแกรมไลน์กลุ่ม และไลน์ส่วนตัว โดยให้ข้อมูลและคำปรึกษาเป็นราย ๆ ไป 2) การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับผู้รับบริการในปัจจุบัน พบว่า มีการใช้ช่องทางการสื่อสารได้แก่ LINE และ โทรศัพท์ ในการสื่อสาร และพบว่าช่องทางเหล่านั้นมีข้อจำกัดคือต้องใช้เวลามากในการคุยและอธิบายให้ข้อมูลต่าง ๆ การตอบคำถามซ้ำ ๆ ทำให้เจ้าหน้าที่รู้สึกเหนื่อยล้า 3) ข้อเสนอแนะต่อเนื้อหาของโปรแกรม LINE official และรูปแบบโปรแกรมที่จะพัฒนาขึ้น พบว่ามีข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับเนื้อหาได้แก่ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจ HPV DNA Test ความหมายของผลตรวจที่ผิดปกติ การรักษาและการปฏิบัติตัวหลังจากทราบผลการตรวจ โดยรูปแบบการนำเสนออยากให้โปรแกรมสามารถสร้างความรอบรู้ได้แบบผู้รับบริการศึกษาด้วยตนเอง ใช้งานง่าย ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัวสูง และสามารถลดภาระงานในปัจจุบันได้

2. Development: D1 ผลการพัฒนาต้นแบบโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ฉบับร่างที่ 1 โดยใช้ชื่อโปรแกรมว่า “ความรอบรู้เรื่อง HPV” โดยดำเนินการตามแผนกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ของโปรแกรมเรื่องการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test และโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย 6 แผนกิจกรรมหลัก

ได้แก่ 1) แผนกิจกรรมเพื่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) แผนกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ 3) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร 4) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 5) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตัวเอง และ 6) แผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการถ่ายทอดความรู้และเสนอทางเลือกให้กับผู้อื่น โดยใช้ แอปพลิเคชัน LINE official โดยคณะผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมดังกล่าวเป็น Version 1 ใช้เวลาในกระบวนการนี้รวมทั้งสิ้น 2 เดือน ดังแผนภาพที่1



ภาพที่ 1 หน้าจอหลักเริ่มต้นใช้งานในส่วนของผู้ให้บริการและหน้าจอหลักและเมนูใช้งานในส่วนของผู้ใช้บริการ

3. Research: R2 ผลการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ฉบับร่างที่ 1 โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กจำนวน 17 คน ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 5 สัปดาห์ผลการทดลองมีรายละเอียดดังนี้

3.1) ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นข้าราชการ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-45 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 และส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4

3.2 ก่อนการทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ พอใช้ หลังการทดลองพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และเมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired sample t-test พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวมดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ดังตารางที่ 1

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=17)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			*t*	*p*-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	63.92	8.92	พอใช้	84.51	10.07	ดีมาก	7.757	<.001
2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ	65.69	9.09	พอใช้	84.12	9.24	ดีมาก	6.709	<.001
3) ทักษะการสื่อสาร	69.02	13.88	พอใช้	85.69	7.15	ดีมาก	5.301	<.001
4) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	69.02	12.40	พอใช้	83.14	8.62	ดีมาก	5.404	<.001
5) ทักษะการจัดการตนเอง	70.00	12.96	ดี	81.18	8.07	ดีมาก	3.679	.002
6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น	59.61	15.76	พอใช้	78.24	7.28	ดี	6.867	<.001
รวมคะแนนเฉลี่ย	**66.21**	**8.73**	**พอใช้**	**82.81**	**3.93**	**ดีมาก**	**8.262**	**<.001**

3.3) ความใช้ได้ของโปรแกรม (Usability) โดยการวัดจากการยอมรับและทัศนคติต่อการใช้โปรแกรม พบว่าระดับมากโดยมีด้านการมีข้อดีและประโยชน์มากกว่า มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและด้านความไม่ซับซ้อนมีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และคะแนนทัศนคติต่อโปรแกรม โดยเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ดังรายละเอียดสรุปแต่ละด้านดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การยอมรับและทัศนคติต่อการใช้โปรแกรม (n=17)

การยอมรับและทัศนคติต่อการใช้โปรแกรม	Mean	SD	แปลผล
1. มีข้อดีและประโยชน์มากกว่า	4.20	0.57	มาก
2. สอดคล้องกับการปฏิบัติ	4.18	0.64	มาก
3. ไม่ซับซ้อน	3.76	0.60	มาก
4. ทดลองใช้ได้ก่อนการจะยอมรับ	3.85	0.70	มาก
5. สามารถสังเกตผลที่เกิดขึ้น	4.12	0.67	มาก
รวมเฉลี่ย	**4.02**	**0.64**	**มาก**

3.4) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะและมีความคิดเห็นว่าเป็นโปรแกรมที่ดี ช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลมากขึ้น โปรแกรมช่วยให้มีความรู้มากขึ้น และมีข้อเสนอให้เพิ่มความถี่ในการส่งคลิปวิดีโอให้ต่อเนื่องและมากขึ้น

4. Development : D2 ผลการพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ฉบับร่างที่ 1 ตามข้อเสนอแนะและผลการศึกษาในขั้นของ R2 ได้ปรับปรุงชุดความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เป็นลำดับขั้นตอนมากขึ้น เพิ่มเนื้อหาในส่วนของคลิปวิดีโอที่ทันสมัย และเพิ่มในส่วนของอินโฟการฟิกส์ ที่เป็นคำถามที่พบบ่อยในเรื่องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test และโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้การเสริมสร้างความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในระหว่างนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้ว ในขั้นตอนของ D2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (กลุ่มตัวอย่าง 40 คน) พบว่าแอปพลิเคชัน LINE official เวอร์ชั่นที่ให้ใช้ฟรีมีข้อจำกัดในเรื่องการส่งข้อความในรูปแบบการบรอดแคสต์ข้อความโดยถูกจำกัดที่ 300 ข้อความต่อเดือนโดยคำนวณข้อความตามจำนวนของสมาชิกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทำให้ส่งข้อความได้จำนวนรอบที่น้อยลงซึ่งไม่เป็นไปตามโปรแกรมที่วางไว้ ทางคณะผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยการทำเมนูชุดความรอบรู้เรื่อง HPV ที่เชื่อมกับ Web Page ที่สร้างขึ้นเพื่อรวบรวม ชุดความรอบรู้ที่

ประกอบไปด้วย Link ที่เชื่อมไปยังคลิปวิดีโอที่ถูกคัดเลือกและจัดเรียงเป็นลำดับให้สามารถเข้าไปศึกษาได้โดยตรง ทำให้สามารถนำเสนอชุดความรอบรู้ได้ครบถ้วนตามโปรแกรมที่วางไว้ ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 เพิ่มเมนูในส่วนของชุดความรอบรู้ และ Web page ที่สร้างขึ้นเพื่อรวบรวม ชุดความรอบรู้

5. Research: R3 ผลการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ฉบับร่างที่ 2 โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดที่ใหญ่ขึ้นจำนวน 40 คน ใช้ระยะเวลาทดลอง 5 สัปดาห์ ผลการทดลองมีรายละเอียดดังนี้

5.1) ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นข้าราชการ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 36-40 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าก่อนการทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ หลังการทดลองพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และเมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวมดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<.05 ดังตารางที่ 3

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=40)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			*z*	*p*-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	64.42	8.11	พอใช้	79.08	14.20	ดี	-4.359	<.001
2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ	66.58	9.86	พอใช้	77.83	11.89	ดี	-3.233	.001
3) ทักษะการสื่อสาร	71.17	12.53	ดี	80.01	14.83	ดีมาก	-2.571	.010
4) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	71.50	11.52	ดี	81.67	13.55	ดีมาก	-2.865	.004
5) ทักษะการจัดการตนเอง	71.33	12.05	ดี	83.17	12.56	ดีมาก	-3.431	.001
6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น	58.83	17.89	ไม่ดี	78.58	15.30	ดี	-3.765	<.001
รวมคะแนนเฉลี่ย	**67.31**	**11.99**	**พอใช้**	**80.06**	**13.72**	**ดีมาก**	**-3.824**	**<.001**

5.3 ความใช้ได้ของโปรแกรม (Usability) โดยวัดจากการยอมรับและทัศนคติต่อการใช้โปรแกรม พบว่าระดับมากโดยมีด้านมีการข้อดีและประโยชน์มากกว่า มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและด้านความไม่ซับซ้อน ระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด และคะแนนทัศนคติต่อโปรแกรม โดยเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ดังรายละเอียดสรุปแต่ละด้านดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การยอมรับและทัศนคติต่อการใช้โปรแกรม (n=40)

การยอมรับและทัศนคติต่อการใช้โปรแกรม	Mean	SD	แปลผล
1. มีข้อดีและประโยชน์มากกว่า	4.21	0.53	มาก
2. สอดคล้องกับการปฏิบัติ	4.11	0.67	มาก
3. ไม่ซับซ้อน	3.66	0.53	มาก
4. ทดลองใช้ได้ก่อนการจะยอมรับ	3.78	0.65	มาก
5. สามารถสังเกตผลที่เกิดขึ้น	4.05	0.69	มาก
รวมเฉลี่ย	**3.96**	**0.61**	**มาก**

5.4) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะและมีความคิดเห็นว่าเป็นโปรแกรมที่ดี ช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้น โปรแกรมช่วยให้มีความรู้มากขึ้น ได้ข้อมูลที่ดีประกอบการตัดสินใจ

6. สรุปและอภิปรายผล

1) ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาในส่วนผู้รับบริการที่พบว่า หลังจากทราบผลผิดปกติ มีความรู้สึกกลัว วิตกกังวลสูง ไม่ทราบว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรต่อไป และข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ตัดสินใจได้อย่างมั่นใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้รับบริการยังขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องนี้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Don Nutbeam[5] ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัว และการจัดการทางสุขภาพและทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพหรือการจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของผู้ให้บริการที่พบว่า มีแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการทางโทรศัพท์และใช้โปรแกรมไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว ซึ่งช่องทางเหล่านั้นมีข้อจำกัดคือต้องใช้เวลามากในการคุยและอธิบายให้ข้อมูลต่าง ๆ มีการตอบคำถามซ้ำ ๆ อยากให้โปรแกรมสามารถสร้างความรอบรู้ที่ใช้งานง่าย มีความเป็น

ส่วนตัวสูง และสามารถลดภาระงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ จันทร์ทิมา สุดสมบูรณ์ สุมลรัตน์ ขนอม และ ฉัตรสุดา กานกายันต์[13] ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV Self-sampling) ของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่า ควรมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้บริการและแจ้งผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2) ผลการพัฒนาต้นแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ได้ดำเนินการในรูปแบบของฉบับร่างที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ 6 ด้าน ผลจากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (17 คน) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) โดยระดับความรอบรู้ของแต่ละด้านอยู่ในระดับมาก และการยอมรับและทัศนคติต่อการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมตามทฤษฎีการยอมรับด้วยคุณสมบัติ Rogers[8] ที่ประกอบด้วยการมีข้อดีและประโยชน์มากกว่า มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติ ไม่ซับซ้อน มีการทดลองใช้ได้ก่อนการจะยอมรับ และสามารถสังเกตผลที่เกิดขึ้นได้

3) การปรับปรุงจากผลการศึกษาขั้น R2 ได้มีการปรับปรุงแผนกิจกรรมและเมนูในแอปพลิเคชัน LINE official ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การทดสอบใช้โปรแกรมฉบับร่างที่ 2 กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (40 คน) ผลการทดลองยังคงแสดงให้เห็นว่าหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้โดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ระดับความรอบรู้ในทุกด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความสามารถในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Don Nutbeam[5] ที่เน้นการพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการรับรู้และความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น ทำให้หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐกร นิลเนตร และเพ็ญวิภา นิลเนตร[14] ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมดีขึ้นจากก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พลอยณญารินทร์ ราวินิจ และพรสุข หุ่นนิรันดร์[15] ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยนวัตกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้นำ แอปพลิเคชัน LINE official มาประยุกต์ใช้เป็นช่องทางหลักในการสร้างเสริมความรอบรู้ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายและสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของ กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ ชรินทร์พร มะชะรา มนัสนันท์ พรมศรี และนิรันดร ผานิจ[16] ที่ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน LINE official account สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ที่นำแอปพลเคชัน LINE official มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบการให้ความรู้แล้วได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Abdur Razzak และคณะ[17] ที่ศึกษาเรื่อง การแทรกแซงสุขภาพดิจิทัลสำหรับการดูแลมะเร็งปากมดลูก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและโอกาสการวิจัยในอนาคต ซึ่งผลการวิจัยเผยให้เห็นถึงโอกาสสำหรับการวิจัยในอนาคตโดยการสำรวจแนวทางเชิงนวัตกรรมโดยใช้

เทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้และการเข้าถึงการรักษาของโรคมะเร็งปากมดลูก และการสร้างแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายยิ่งขึ้นสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

สรุป โดยรวมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในกลุ่มผู้รับบริการที่ต้องการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test และเรื่องอื่น ๆ ได้ การนำเทคโนโลยี LINE official มาใช้เป็นช่องทางในการสร้างเสริมความรู้เป็นแนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายและสะดวก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางและผลการศึกษาวิจัยในด้านการพัฒนาระบบสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

7. ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในรูปแบบ Online ในขั้นเตรียมดำเนินการคณะผู้วิจัยติดต่อสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างผ่านทางไลน์กลุ่มของผู้มารับบริการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดต้องใช้ระยะเวลานานส่งผลทำให้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยโดยรวมมีความล่าช้าไปตามลำดับ

8. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

ผลการพัฒนาโปรแกรมฯ มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ส่งผลให้ผู้มารับบริการดังกล่าวมีความรอบรู้และมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น หน่วยงานอื่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ได้ โดยสามารถปรับปรุงให้เข้ากับลักษณะที่เป็นปัญหาและข้อจำกัดต่าง ๆ ของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีจำนวนมาก ควรเลือกใช้แอปพลิเคชัน LINE official ในเวอร์ชั่นไม่จำกัดการส่งข้อความในรูปแบบการบรอดแคสต์ ซึ่งอาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ

2. ควรทำการศึกษาวิจัยพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอื่น ๆ และนำเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่ทันสมัย มาใช้ในการวิจัยเช่น การใช้ AI เป็นต้น

9. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Health Innovation Group [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 27]. Available from: https://www.who.int/life-course/about/who-health-innovation-group/en/
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. มะเร็งปากมดลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://shorturl.asia/NW8yG
3. กระทรวงสาธารณสุข (HDC). อัตราป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://shorturl.asia/TjyYM
4. พรทิพย์ ชีวะพัฒน์, กฤษณา พูลเพิ่ม. วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก: สถานการณ์ปัจจุบันและบทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2563;13(1):39-49.
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.

6. Kemp S. Digital 2020: Thailand Data Reportal–Global Digital Insights [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 5]. Available from: https://datareportal.com/reports/digital-2022-thailand
7. LINE for business. บทบาทของ LINE OA ในบริการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2022 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://lineforbusiness.com/th/news/20211029_2
8. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Erlbaum; 1977.
10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (รอบที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/
11. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
12. Creswell, J.W. (2018). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Thousand Oaks: Sage
13. จันทร์ทิมา สุดสมบูรณ์, สุมลรัตน์ ขนอม, ฉัตรสุดา กานกายันต์. การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV Self-sampling) ของอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(3): e268313.
14. ณฐกร นิลเนตร, เพ็ญวิภา นิลเนตร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;5(1):27-38.
15. พลอยณญารินทร์ ราวินิจ, พรสุข หุ่นนิรันดร. การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยนวัตกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2566;18(1):13-27.
16. กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรมศรี, นิรันดร ผานิจ. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัย. 2565;16(2):623-41.
17. Razzak MA, Islam MN, Aadeeb MS, Tasnim T. Digital health interventions for cervical cancer care: A systematic review and future research opportunities. PLoS One [Internet]. 2023 Dec 15;18(12):e0296015. doi: 10.1371/journal.pone.0296015. PMID: 38100494; PMCID:PMC10723694.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RPC10 Journal

บทความปริทัศน์ (Review article)

สุขภาพช่องปากของแม่: พื้นฐานสำคัญสำหรับสุขภาพลูกในครรภ์

กานต์สิริ โตโพธิ์ไทย (Kansiri Topothai)[1*], เจนวิทย์ ศรพรหม (Jenwit Sornpom)[2] และ สิริรัตน์ วีระเดช (Sirirat Weeradet)[3]

(วันรับบทความ 8 มิถุนายน 2568, วันแก้ไขบทความ 10 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 11 ธันวาคม 2568)

บทนำ

สุขภาพช่องปากของแม่มีผลกระทบต่อชีวิตของลูกในท้องมากกว่าที่ทุกคนคิด เพราะเมื่อแม่เกิดการตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน ทำให้เหงือกอักเสบได้ง่ายกว่าปกติ มีโอกาสเป็นโรคปริทันต์รุนแรง[1] และเกิดการคลอดก่อนกำหนด ทั้งยังเสี่ยงคลอดลูกน้ำหนักตัวน้อย[2, 3] อีกทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหารว่างบ่อยครั้งมากขึ้น รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เปลี่ยนไป เช่น บางท่านมีอาการแพ้ท้องรุนแรง การแปรงฟันอาจกระตุ้นการอาเจียน ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้เต็มที่เช่นเดิม จึงเกิดโรคฟันผุ ได้ง่ายกว่าคนทั่วไป โดยคุณแม่ที่มีโรคฟันผุแต่ยังไม่ได้รับการรักษา มีโอกาสที่จะส่งต่อเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดฟันผุสู่ลูกผ่านทางน้ำลาย เช่น การเป่า เคี้ยว กัดแบ่งอาหาร จากข้อมูลพบว่า เด็กที่แม่มีสุขภาพช่องปากไม่ดีจะมีปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่าเด็กที่แม่มีสุขภาพช่องปากดีถึง 5 เท่า[4] จากข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ในเขตสุขภาพที่ 10 เดือนกุมภาพันธ์ 2568 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจฟันและวางแผนการรักษามีเพียงร้อยละ 58.94 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่ายังมีคุณแม่บางกลุ่มที่ลืมนึกถึงการดูแลสุขภาพช่องปากของตนก่อนคลอดทั้งที่เป็นช่วงที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปากอย่างยิ่ง

เนื้องอกจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy tumor)[5] เป็นโรคในช่องปากที่พบได้มากที่สุดในหญิงตั้งครรภ์ อาการชัดเจนในช่วง ไตรมาสที่ 2 และ 3 มีอาการรุนแรงมากที่สุดในช่วงเดือนที่ 8 ลักษณะของเหงือกจะบวมแดง ตอนแปรงฟันมักจะมีเลือดซึมออกบริเวณซอกฟัน ซึ่งเป็นบริเวณที่ทำความสะอาดได้ยาก เมื่อปล่อยนานเข้าจะเกิดหินปูนหรือหินน้ำลายร่วมด้วย มองเห็นเป็น แถบสีขาว ออกเหลืองแข็ง แปรงไม่ออกเป็นที่สะสมของเชื้อโรค ทำให้เกิดการอักเสบของเหงือกรุนแรงมากขึ้นได้ นอกจากการอักเสบของเหงือกจากเชื้อแบคทีเรียแล้ว การบวมของเหงือกที่มีลักษณะเป็นก้อนระหว่างฟัน (อาจเกิดบางจุดหรือเกิดทั้งปาก) ทั้งนี้ก้อนเนื้อที่ว่าจะมีขนาดค่อย ๆ เล็กลงและหายไปหลังคลอด ในบางคนเล็กลงแต่ไม่หายไป อาจต้องให้คุณหมอรักษาด้วยการตัดออก

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพช่องปาก แม่และเด็กปฐมวัย

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง
[2] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
[3] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: kansiri.top@gmail.com

เนื้อหา

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์และเป็นความท้าทายในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นพื้นฐานสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็ก เมื่อได้ทบทวนหลักฐานรวมถึงการศึกษาวิจัย พบว่า มาตรการในการดูแลสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ[6] ได้แก่

1. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (primary prevention) เป็นมาตรการที่ดำเนินการก่อนเกิดโรค เช่น การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การปรับพฤติกรรมเสี่ยง การให้ทันตสุขศึกษา ฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน หรือ อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การให้ฟลูออไรด์เสริม เป็นต้น โดยมีการเน้นย้ำตามความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

2. การคัดกรองและจัดการโรคที่ยังไม่แสดงอาการ (secondary prevention) เป็นมาตรการที่ดำเนินการหลังจากมีการดำเนินของโรคแล้วแต่ยังไม่แสดงอาการ เช่น การตรวจคัดกรองโรค เพื่อที่จะจัดการกับโรคตั้งแต่ระยะแรก ทางทันตกรรม เน้นที่การลดคราบจุลินทรีย์ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบ และลดเชื้อในช่องปาก การขัดฟันทำความสะอาด ขูดหินน้ำลาย

3. การฟื้นฟูโรคในช่องปาก (Tertiary prevention) เป็นมาตรการที่ดำเนินการหลังโรคแสดงอาการ เป็นขั้นของการชะลอ หรือหยุดการดำเนินโรค การรักษาฟื้นฟู เช่น การอุดฟัน การถอนฟัน การใส่ฟันทดแทน เป็นต้น รวมถึงการจัดการกับการติดเชื้อฉับพลันหรือการเป็นฝีหนอง (Acute infection and abscess)

ข้อควรปฏิบัติในการรักษาทางทันตกรรมเมื่อตั้งครรภ์

สำหรับมาตรการทางทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์นั้น ทันตบุคลากรจะมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมคัดกรองและจัดการโรคที่ยังไม่แสดงอาการ เพื่อป้องกันการลุกลามของโรค หากจำเป็นต้องรับการรักษาทางทันตกรรมในช่วงตั้งครรภ์ ทันตบุคลากรควรให้แจ้งหญิงตั้งครรภ์ว่าสามารถทำได้อย่างปลอดภัย จากการศึกษาของ ADA: American dental association และ ACOG :American College of Obstetricians and Gynecologists ที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถรับการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งรวมถึงการถ่ายภาพรังสีและการใช้ยาชาเฉพาะที่นั้นมีความปลอดภัย สามารถทำได้ตลอด “ทุกช่วงอายุครรภ์” ทำให้ยอดการสูญหายของหญิงตั้งครรภ์ลดลงและมีอัตราการรักษาทางทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินของทันตแพทย์ที่ทำการรักษา)

ในช่วงตั้งครรภ์สามารถทำฟันได้อย่างปลอดภัยและสามารถทำได้ทุกช่วงของการตั้งครรภ์ แต่ช่วงที่เหมาะสมคือช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์[7] (อายุครรภ์ 4-6 เดือน) เพราะเป็นช่วงที่อาการแพ้ท้องมักจะน้อยลงหรือไม่มีอาการแพ้ท้องแล้ว และขนาดครรภ์ยังไม่ใหญ่มากสามารถนั่งบนเก้าอี้ทำฟันได้โดยไม่อึดอัด ในขณะที่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 1-3 เดือน) ผู้ป่วยมักจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน และยังเป็นช่วงของการสร้างอวัยวะต่าง ๆ ในไตรมาสสุดท้าย (อายุครรภ์มากกว่า 6 เดือน) ครรภ์มีขนาดใหญ่ขึ้นมาก เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายจะมีความเสี่ยงต่อการกดทับของมดลูกต่อเส้นเลือด Inferior Vena Cava ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดเข้าสู่หัวใจลดลง ผู้ป่วยอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำ มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม การจัดท่าอย่างเหมาะสมในการให้บริการทันตกรรมควรเป็นท่าตะแคงหรือท่านั่งมากกว่าท่านอนหงายในท่าตะแคง ใช้หมอนหรือผ้าม้วนรอง หนุนสะโพกด้านขวาให้สูงขึ้นประมาณ 10-12 เซนติเมตร

คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์

1. ด้วยความเสี่ยงฟันผุและเหงือกอักเสบที่มากขึ้น จึงควรหมั่นแปรงฟันแท้ด้วยการแปรงฟันตามสูตร 222 คือ แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์[8] นานครั้งละ 2 นาที วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น หลังแปรงฟันควรงดอาหารขนมหวาน 2 ชั่วโมง[9]

2. หลังมื้ออาหารย่อย ๆ ควรบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำยาบ้วนปาก เพื่อลดคราบเศษอาหารและน้ำย่อยจากกระเพาะอาหาร

3. ฟันผุพบได้ในบริเวณที่ทำความสะอาดไม่ถึง เช่น ด้านประชิดของฟัน การใช้ไหมขัดฟันเพื่อช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์ เป็นประจำทุกวันช่วยป้องกันฟันผุ ลดกลิ่นปากทั้งยังช่วยให้รู้สึกสะอาดและสดชื่นขึ้น[10]

4. คุณแม่ที่หิวบ่อยควรหลีกเลี่ยงอาหารที่หวานจัด เปรี้ยวจัด เปลี่ยนมากินผักและผลไม้สดแทน จะเป็นผลดีต่อสุขภาพฟัน

5. สารอาหารก็สำคัญในการดูแลสุขภาพ กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ อย่างเพียงพอเพื่อให้ลูกมีโครงสร้างฟันที่สมบูรณ์ หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีน้ำตาลบ่อย ๆ

6. สำหรับหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปากจะเพิ่มมากขึ้น จึงควรมารับการตรวจสุขภาพช่องปาก ช่วงทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์เพื่อตรวจคัดกรองและรับการแนะนำ ดูแลรักษาฟันที่มีรอยโรคตามที่ทันตแพทย์นัดหมาย[7] รวมถึงหลังคลอด แนะนำให้มาตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง[11]

ตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง

การใช้ไหมขัดฟันด้านประชิดเพื่อช่วยกำจัดคราบจุลินทรีย์

บทสรุป

สุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อทั้งแม่และทารก โดยปัญหาโรคปริทันต์และฟันผุสัมพันธ์กับความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และการถ่ายทอดเชื้อก่อฟันผุจากแม่สู่ลูก การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและพฤติกรรมการบริโภคในระหว่างตั้งครรภ์ยังเพิ่มโอกาสเกิดโรคในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การคัดกรอง และการรักษาที่ปลอดภัยในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์

HPC10Journal

การบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากเข้ากับระบบบริการฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จะช่วยลดภาระโรคในแม่ เพิ่มโอกาสที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากดีในอนาคต และส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร[13]

เอกสารอ้างอิง

1. Carpenter W, Glick M, Nelson S, Roser S, Patton L. American Dental Association Council on Access, Prevention, and Intserprofessional Relations. Women's Oral Health. 2009.
2. Dasanayake AP. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. Annals of periodontology. 1998;3(1):206-12.
3. Jeffcoat MK, GEURS NC, REDDY MS, CLIVER SP, GOLDENBERG RL, HAUTH JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. The Journal of the American Dental Association. 2001;132(7):875-80.
4. Brambilla E, FELLONI A, GAGLIANI M, MALERBA A, GARCÍA-GODOY F, STROHMENGER L. Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. The Journal of the American Dental Association. 1998;129(7):871-7.
5. Daley, Tom D., Nii O. Nartey, and George P. Wysocki. "Pregnancy tumor: an analysis." Oral surgery, oral medicine, oral pathology. 1991;72(2):196-199.
6. Whitaker EJ. Primary, secondary and tertiary treatment of dental caries: a 20-year case report. The Journal of the American Dental Association. 2006;137(3):348-52.
7. Chiodo, Gary T., and David I. Rosenstein. "Dental treatment during pregnancy: a preventive approach." The Journal of the American Dental Association. 1985;110(3): 365-368.
8. กรมอนามัย. คู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. 2565:53-57.
9. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A, Group COH. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1996;2010(1).
10. Worthington HV, MacDonald L, Pericic TP, Sambunjak D, Johnson TM, Imai P, et al. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019(4).
11. กรมการแพทย์. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ฉบับปรับปรุง 2565.
12. Weintraub J, Prakash P, Shain S, Laccabue M, Gansky S. Mothers' caries increases odds of children's caries. Journal of dental research. 2010;89(9):954-8.
13. Bennadi D, Reddy C. Oral health related quality of life. Journal of international society of preventive and community dentistry. 2013;3(1):1-6.

กรมอนามัย
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RPC10 Journal

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี

ชนิสรา เครือไชย[1], จุฬาพร ธานี[2], อุไลวรรณ์ ไขสังเกต[3] และ กุลชญา ลอยหา[4*]

(วันรับบทความ 4 พฤศจิกายน 2567, วันแก้ไขบทความ 15 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 15 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือวัยทำงานอายุ 19-59 ปี ที่มารับบริการ ณ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และมีคะแนนประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากแบบสอบถาม PHQ-9 ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป จำนวน 185 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (2) ปัจจัยด้านการนอนหลับ และ (3) ปัจจัยด้านความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์พหุถดถอยแบบโลจิสติก นำเสนอผลด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าเพศชาย (AOR=1.41; 95%CI=1.01 to 3.85) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอายุไม่เกิน 45 ปี (AOR=2.38; 95%CI=1.42 to 4.76) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่มีคู่ (AOR=2.41; 95%CI=1.09 to 3.86) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น (AOR=4.21; 95%CI=1.32 to 5.35) ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย (AOR=2.15; 95%CI=1.81 to 5.61) นอกจากนี้ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนในระดับต่ำมีความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ระดับสูง (AOR=6.98; 95%CI=2.40 to 8.24) รวมถึงผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตในระดับต่ำหรือไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ การนอนที่มีคุณภาพ วัยทำงาน กลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
[2,3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Loyha2523@gmail.com

Research Article

Factors influencing sleep quality among working-age people at risk of depression in Ubon Ratchathani Province

Chanitsara Khrueachai[1], Julaporn Thanee[2] and Ulaiwan Khaisangket[3], and Kulchaya Loyha[4*]

(Received: November 4 2024; Revised: December 15 2025; Accepted: December 15 2025)

Abstract

This study aimed to examine factors influencing sleep quality among working-age adults at risk of depression in Ubon Ratchathani Province, Thailand. The participants were 185 working-age adults aged 19–59 years who received health services at the Health Promotion Center Region 10 and were identified as being at risk of depression, based on a Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) score of 5 or higher. Data were collected using a structured questionnaire developed from a review of relevant literature and previous studies. The questionnaire consisted of three components: (1) personal factors, (2) sleep-related factors, and (3) depression risk–related factors. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis. Adjusted Odds Ratios (AORs) with 95% confidence intervals (95%CI) were reported, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results showed that females were more likely to have poor sleep quality than males (AOR=1.41; 95%CI=1.01 to 3.85). Participants aged over 45 years had a higher risk of poor sleep quality compared with those aged 45 years or younger (AOR=2.38; 95%CI=1.42 to 4.76). Those with a marital partner were more likely to experience poor sleep quality than those without a partner (AOR=2.41; 95%CI=1.09 to 3.86). Agricultural workers had a significantly higher risk of poor sleep quality compared with other occupations (AOR=4.21; 95%CI=1.32 to 5.35). Participants with a history of illness were at greater risk than those without such a history (AOR=2.15; 95%CI=1.81 to 5.61). In addition, individuals with low sleep hygiene literacy were significantly more likely to have poor sleep quality than those with high sleep hygiene literacy (AOR=6.98; 95%CI=2.40 to 8.24). Lower levels of knowledge and inappropriate attitudes toward life perspective and daily living were also significantly associated with poor sleep quality.

Keywords: Sleep quality, Quality sleep, Working age, Depression risk group

[1] Registered Nurse, Professional Level, Affiliated with Nursing Group, Regional Health Promotion Center 10
[2,3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Affiliated with Nursing Group, Regional Health Promotion Center 10
[4] Assistant Professor, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University
* Corresponding Author Email: Loyha2523@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบความชุกของอาการนอนไม่หลับในประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกถึงร้อยละ 20[1] และพบความชุกในประเทศไทยที่ร้อยละ 10[2] ซึ่งพบในกลุ่มวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่ โดยอาการนอนไม่หลับตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคนอนไม่หลับ (Insomnia disorder) จาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5) คือกลุ่มคนหรือผู้ป่วยมีการรายงานความรู้สึกไม่พึงพอใจเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ตนได้รับ หรือมีความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งความรู้สึกไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลต่อความรู้สึกเป็นทุกข์ และความบกพร่องในการใช้ชีวิตในระหว่างวัน โดยอาการที่พบได้ทั่วไปของโรคนอนไม่หลับ ได้แก่ นอนยาก ไม่ง่วงเมื่อถึงเวลานอน นอนหลับไม่สนิท นอนแล้วตื่นกลางดึก ตื่นแล้วกลับไปนอนไม่ได้อีก หรือไม่สามารถนอนหลับได้เลย โดยการนอนหลับไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางกาย เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ระบบภูมิคุ้มกันต่ำ เพิ่มโอกาสให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น อุบัติเหตุจากสาเหตุง่วงแล้วขับ และโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น[3] ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางเพื่อทำความเข้าใจกลไกความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับและโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย โดยอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยซึมเศร้าส่งผลต่อกระบวนการ Sleep consolidation ผู้ป่วยมักตื่นบ่อยครั้งในระหว่างคืน พบว่าการนอนมีการแตก ออกเป็นช่วง ๆ มี Sleep fragmentation ทำให้รู้สึกไม่สดชื่นกระปรี้กระเปร่าในระหว่างวัน หรือ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักตื่นนอนในช่วงเช้าที่เร็วจนเกินไป ไม่สามารถกลับไปนอนหลับต่อได้ เนื่องจากโครงสร้างการนอนหลับในระยะหลับฝันถูกรบกวนจนไม่สามารถจัดการเนื้อหาและอารมณ์ ในระยะหลับฝันได้ตามปกติ[4] นอกจากนี้ อาการนอนไม่หลับมีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรง ของโรคซึมเศร้าที่สูงขึ้น อัตราการให้ความร่วมมือต่อการรักษาที่ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย[5] ดังนั้น การให้ความสำคัญต่อการรักษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยซึมเศร้าจึงเป็น องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนารูปแบบการรักษาบำบัดอาการซึมเศร้าที่สามารถบรรเทาอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย เพื่อลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาให้ได้มากที่สุด ในความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ (Sleep-related worry) คือความคิดวิตกกังวล ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ (Consequences of poor sleep) และการ สูญเสียความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตน (Uncontrollability of sleep)[6] สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างทรรศนะเรื่องการนอนหลับกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น การนอนหลับกับการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การนอนหลับกับการมีสุขภาพที่ดี การนอนหลับกับ การมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี การนอนหลับและสมดุลอารมณ์ เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และโรคซึมเศร้า[7] ดังนั้น ความวิตกเรื่องการนอนหลับจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรมีการศึกษาให้ลึกซึ้ง ในประชากรผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อค้นหารูปแบบความคิดวิตกกังวลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบในการรักษาในปัจจุบันให้ครอบคลุมและตอบโจทย์ เป็นรูปแบบที่มีคนไข้เป็น ศูนย์กลาง (Patient-centered) มากยิ่งขึ้น และในส่วนของสุขอนามัยการนอน (Sleep hygiene) คือองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ เป็นการให้ความรู้ที่มุ่งเน้นให้ บุคคลจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่รบกวนการนอนหลับและส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ มีเป้าหมาย เพื่อลดการกระตุ้นทางความคิด (Mental stimulation) ซึ่งปรากฏขึ้นในรูปแบบของความเครียด ความวิตกกังวล หรือความกลัว เป็นต้น แม้ว่าการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับจะยังไม่ใช่วิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการอาการนอนไม่หลับ เมื่อเทียบกับการใช้ยาต้านเศร้า (Antidepressants) หรือการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับ (Cognitive behavioral therapy for

insomnia: CBT-I) แต่งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และปรับพฤติกรรมด้านสุขอนามัยการนอนสามารถช่วยเสริมคุณภาพการนอนได้ แม้ผลลัพธ์จะยังไม่ชัดเจนหากใช้เพียงวิธีเดียว นอกจากนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาในต่างประเทศยังชี้ว่า CBT-I ให้ผลดีกว่าและยั่งยืนกว่าในระยะยาว[8,9] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผลของสุขอนามัยการนอนแบบเดี่ยว ๆ ในกลุ่มประชากรเฉพาะ โดยเฉพาะในบริบทของคนไทย ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตจึงควรมุ่งพัฒนาและประเมินแนวทางที่ผสานสุขอนามัยการนอนเข้ากับวิธีอื่น ๆ เพื่อสร้างพฤติกรรมการนอนที่เหมาะสมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น โดยใช้ต้นทุนต่ำและสามารถลงมือปฏิบัติได้ทันที[10]

หากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอน หลับด้วยแนวความคิด Spielman's 3P model of insomnia จะสามารถเข้าใจได้ว่า ความวิตก กังวลเรื่องการนอนหลับส่งผลให้อาการของโรคนอนไม่หลับยังดำเนินต่อไปหรือแย่ลง ในขณะที่ สุขอนามัยการนอนมีเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้อาการของโรคนอนไม่หลับแย่ลง[7] แม้ว่าความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนที่ไม่มีคุณภาพส่งผลให้คุณภาพการนอน หลับและอาการของโรคซึมเศร้าแย่ลง กลับพบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสองปัจจัย ดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความเป็นไปได้ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้ตัดสินใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อเป็นหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ อันจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าซึ่งนับวันจะมีแนวโน้มที่มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นด้วยเหตุปัจจัยในด้านการดำรงชีวิตในเรื่องต่าง ๆ โดยผลการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้ที่สนใจประเด็นทั้งในทางสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อสุขภาพทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นเรื่องภาวะร่วมระหว่างนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และความกังวลต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน ปัญหาและวางแผนช่วยเหลือให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ใกล้เคียงให้สามารถ ประคับประคองสุขภาพการนอนหลับให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าจังหวัดอุบลราชธานี

3. คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย

คำถามการวิจัย ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าจังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานในการวิจัย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ และปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าจังหวัดอุบลราชธานี

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการทำการศึกษาวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล
- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- สถานภาพสมรส
- ประวัติการเจ็บป่วย

ปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ
- ความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอน
- ปริมาณการนอน (โดยเฉลี่ยต่อวัน)
- ระยะเวลาเข้าสู่การนอนหลับ
- การตื่นกลางดึก
- อาการรบกวนขณะหลับ
- เสียงรบกวนจากภายนอกที่พักอาศัย
- ประวัติการนอนไม่หลับของสมาชิกในครอบครัว
- การงีบหลับระหว่างวัน

ปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า
- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต
- ทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต
- ประวัติภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว
- ประวัติการใช้ยาคลายเครียด / ยาคลายกังวล

ตัวแปรตาม

คุณภาพการนอนหลับ
- การนอนที่มีคุณภาพ
- การนอนที่ไม่มีคุณภาพ

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ในช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2567

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 19-59 ปี ที่เข้ารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2567 ที่ผ่านตามเกณฑ์การศึกษา คือ อยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าตามแบบทดสอบ PHQ-9 ของ มหาวิทยาลัยมหิดล (ระดับคะแนนที่ 5-8 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 19-59 ปี ที่เข้ารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2567 โดยคำนวณจากคำนวณจากโปรแกรม G*power version 3.1.9.4[11] ได้ จำนวน 185 คน ในที่นี้ผู้วิจัยได้ปรับ Power เป็น 0.8 และกำหนด Distribution ของค่า x ให้เป็น Binomial เนื่องจาก การกระจายตัวของค่า x หรือ ลักษณะคุณภาพ

การนอนมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การนอนที่มีคุณภาพ/การนอนที่ไม่มีคุณภาพ แต่ถ้าตัว แปร x มีการกระจายตัวแบบอื่น ๆ ก็ให้ระบุการกระจายตัวที่เหมาะสมกับตัวแปร x นั้น ๆ คำนวณได้ขนาดตัวอย่างที่ 163 คน และเนื่องจากในกรณีนี้เป็น Unbalance design หรือ มีรูปแบบการนอนที่แตกต่างกัน จากเดิมที่กำหนด π=0.5 ให้กำหนดเป็น π=0.6 โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ตามแบบทดสอบ PHQ-9 ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีระดับคะแนนที่ 5-8 คะแนนขึ้นไป (0-4 คะแนน: ไม่มีอาการซึมเศร้า 5-8 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 9-14 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง 15-19 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก และ 20 คะแนนขึ้นไป: มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1) เป็นประชาชนวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ที่เป็นพื้นที่เขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2566-2567 โดยอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ตามแบบทดสอบ PHQ-9 ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีระดับคะแนนที่ 5-8 คะแนนขึ้นไป (0-4 คะแนน: ไม่มีอาการซึมเศร้า 5-8 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 9-14 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง 15-19คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก และ 20 คะแนนขึ้นไป: มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก)

2) สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ยิน และการพูด

3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเก็บข้อมูล

2) ไม่ยินยอมให้ข้อมูล

3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยป่วยเป็นซึมเศร้า และเคยเข้ารับการรักษาเรื่องปัญหาการนอนหลับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-05-66-01-E (โดยเป็นโครงการวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่ง ในงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของกลุ่มผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี)

5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วย โดยเป็นข้อคำถามเป็นเติมคำ และเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอน ปริมาณการนอน (โดยเฉลี่ยต่อวัน) ระยะเวลาเข้าสู่การนอนหลับ การตื่นกลางดึก อาการรบกวนขณะหลับ เสียงรบกวนจากภายนอกที่พักอาศัย ประวัติการนอนไม่หลับของสมาชิกในครอบครัว และการงีบหลับระหว่างวัน โดยเป็นข้อคำถามเป็นเติมคำ และเลือกตอบ ยกเว้นคำถามด้านความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอน จะเป็นระดับความเข้าใจในด้านทักษะความสามารถทั้ง 6 ด้านโดยดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับความคิดเห็นในความยาก-ง่ายของความสามารถในทักษะนั้น ๆ ได้แก่ ไม่ได้ทำ (0) ทำได้ยากมาก (1) ทำได้ยาก (2) ทำได้ง่าย (3) ทำได้ง่าย

มาก (4) แล้วแปลงค่าเป็น 2 ระดับ (เนื่องจากการศึกษาทำการวิเคราะห์แบบ Binary variation) โดยความคิดเห็นในความยาก-ง่ายของความสามารถ: ไม่ได้ทำ (0) ทำได้ยากมาก (1) ทำได้ยาก (2) จัดให้อยู่ในระดับความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนในระดับน้อย และระดับความคิดเห็นในความยาก-ง่ายของความสามารถ: ทำได้ง่าย (3) ทำได้ง่ายมาก (4) จัดให้อยู่ในระดับความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ (ความรู้ความเข้าใจ ฯ 15 ข้อ และทัศนคติ ฯ 15 ข้อ) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต โดยคำถามเป็นการถาม-ตอบ ให้ค่าคะแนนตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1979)[12] ได้ระดับความรู้สูง ปานกลาง ต่ำ และปรับค่าเป็น 2 ระดับ คือความรู้ระดับมาก/ดี (9-15 คะแนน) และความรู้น้อย/ต้องปรับปรุง (0-8 คะแนน) (เนื่องจากการศึกษาทำการวิเคราะห์แบบ Binary variation) โดยความรู้ระดับปานกลาง-สูง จะเป็นระดับมาก และความรู้ระดับต่ำ จะเป็นระดับน้อย ส่วนด้านทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต จะเป็นระดับความคิดเห็น ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับความคิดเห็น คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ แล้วแปลงค่าเป็น 2 ระดับ (เนื่องจากการศึกษาทำการวิเคราะห์แบบ Binary variation) โดยความคิดเห็นระดับปานกลาง-สูง จะเป็นระดับเหมาะสม และความคิดเห็นระดับต่ำ จะเป็นระดับไม่เหมาะสม ส่วนประวัติภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว ประวัติการใช้ยาคลายเครียด/ยาคลายกังวล ที่ได้รับในปัจจุบัน จะเป็นข้อคำถามเป็นเติมคำ และเลือกตอบ

5.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับปรุงให้ถูกต้อง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของคำถามทุกข้อเท่ากับ 1.00 แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ในส่วนของปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 ยกเว้นประเด็นด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต หาค่า KR-20 ที่ทดสอบความยากง่ายของข้อคำถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

5.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2567 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1) ดำเนินการขอหนังสือราชการจากทางศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอข้อมูลและการทำวิจัยในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

2) สร้างแบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาและการสร้างเอกสารเพื่อประกอบแนะนำการตอบแบบสอบถาม เพื่อชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความเข้าใจ

3) จัดเตรียมเอกสารและแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลให้เพียงพอตามขนาดตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมและประเมินข้อมูล

1) สำรวจข้อมูลรายคณะและทำการวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ลงพื้นที่เก็บข้อมูล และดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม

3) นำข้อมูลมาลงรหัสและให้น้ำหนักคะแนนตามที่ตั้งไว้

4) วิเคราะห์และคำนวณผลต่างตามค่าสถิติที่เลือกใช้โดยโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ

5.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย การตื่นกลางดึก อาการรบกวนขณะหลับ เสียงรบกวนจากภายนอกที่พักอาศัย ประวัติการนอนไม่หลับของสมาชิกในครอบครัว การงีบหลับระหว่างวัน ประวัติภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว ประวัติการใช้ยาคลายเครียด/ยาคลายกังวลที่ได้รับในปัจจุบัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย อายุ รายได้ (เดือน) ปริมาณการนอน (โดยเฉลี่ยต่อวัน) ปริมาณการนอน (โดยเฉลี่ยต่อวัน) ระยะเวลาเข้าสู่การนอนหลับ ความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอน ทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต ระยะเวลาเข้าสู่การนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับ จังหวัดอุบลราชธานี รายตัวแปร โดยทำการวิเคราะห์ Univariate โดยการวิเคราะห์ Binary logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ของ Crude Odds ratio และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยทำการวิเคราะห์ซึ่งใช้สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้นหลายตัวแปร โดยใช้ Multiple logistic regression ด้วยวิธีการคัดเลือกด้วยแปรจากวิธี Backward design จากค่า Chi square ที่ค่า *p*-value≤0.05 และการประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

6. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2566-2567 ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 185 คน พบผลการศึกษาดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีการนอนไม่มีคุณภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.1 และมีอายุเฉลี่ยในภาพรวมที่ 47.54 ปี (S.D.=12.16 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.8 มีระดับการศึกษาที่มัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 54.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 74.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว>5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.9 [Median (P_{25}:P_{75})=5,230 (4,300: 8,500] และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.4 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=185 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การนอนที่มีคุณภาพ (n=185) จำนวน (ร้อยละ)	การนอนที่ไม่มีคุณภาพ (n=185) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	55 (59.8)	25 (26.9)
หญิง	37 (40.2)	68 (73.1)
อายุ (ปี)		
≤ 45 ปี	40 (48.8)	32 (31.1)
> 45 ปีขึ้นไป	42 (51.2)	71 (68.9)
Mean (S.D.)	28.73 (SD.=13.40)	47.54 (SD.=12.16)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การนอนที่มีคุณภาพ (n=185) จำนวน (ร้อยละ)	การนอนที่ไม่มีคุณภาพ (n=185) จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพสมรส		
โสด	25 (35.7)	29 (25.2)
คู่	45 (64.3)	86 (74.8)
การศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	39 (65.0)	57 (45.6)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	21 (35.0)	68 (54.4)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
≤ 5,000 บาท	47 (53.4)	36 (37.1)
> 5,000 บาท	41 (46.6)	61 (62.9)
Median (P_{25}:P_{75})	5,100 บาท (P_{25}=2,450 บาท: P_{75}=12,000 บาท	5,230 บาท (P_{25}=4,300 บาท: P_{75}=8,500 บาท
ประวัติการเจ็บป่วย		
ไม่มี	43 (52.4)	22 (21.6)
มี	39 (47.6)	80 (78.4)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี โดยเงื่อนไขของการวิเคราะห์แบบ Binary variation ด้วยการพิจารณาผลการวิเคราะห์ OR_{Crude} เลือกตัวแปรจากค่า Chi square ที่ค่า *p*-value≤0.05 นั้น ได้ตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ในโมเดลสุดท้าย รวมทั้งสิ้น 13 ตัวแปร ดังแสดงในตาราง ซึ่งผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 8 ตัวแปร ดังนี้ เพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าเพศชาย เป็น 1.41 เท่า (95%CI=1.01 to 3.85) ผู้ที่มีอายุ>45 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีอายุ≤45 ปี เป็น 2.38 เท่า (95%CI=1.42 to 4.76) ผู้ที่มีสถานภาพคู่ มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีคู่ เป็น 2.41 เท่า (95%CI=1.09 to 3.86) ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ เป็น 4.21 เท่า (95%CI=1.32 to 5.35) ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย เป็น 2.15 เท่า (95%CI=1.81 to 5.61) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับมาก เป็น 6.98 เท่า (95%CI=2.40 to 8.24) ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก เป็น 1.18 เท่า (95%CI=1.03 to 1.87) ผู้ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับที่เหมาะสม เป็น 2.07 เท่า (95%CI=1.02 to 2.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าจังหวัดอุบลราชธานี แบบพหุโลจิสติก (n=185 คน)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		OR_{Crude} (95 %CI)	OR_{adj}	(95%CI)	*p*-value
	การนอนที่มีคุณภาพ	การนอนที่ไม่มีคุณภาพ				
เพศ						0.051
หญิง	37 (40.2)	68 (73.1)	1.13	1.41	1.01-3.85	
ชาย	55 (59.8)	25 (26.9)	0.60-0.96	1		
อายุ (ปี)						0.043
>45 ปีขึ้นไป	42 (51.2)	71 (68.9)	1.75	2.38	1.42-4.76	
≤45 ปี	40 (48.8)	32 (31.1)	0.58-0.77	1		
สถานภาพสมรส						0.055
คู่	45 (64.3)	86 (74.8)	2.35	2.41	1.09-3.86	
โสด	25 (35.7)	29 (25.2)	0.12-0.98	1		
อาชีพ						0.016
เกษตรกรรม	40 (67.8)	94 (74.6)	2.72	4.21	1.32-5.35	
อาชีพอื่น ๆ	19 (32.3)	32 (25.4)	1.32-5.65	1		
ประวัติการเจ็บป่วย						0.024
มี	39 (47.6)	80 (78.4)	2.89	2.15	1.81-5.61	
ไม่มี	43 (52.4)	22 (21.6)	1.46-3.32	1		
ความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอน						<0.001
น้อย	44 (48.4)	76 (80.9)	3.22	6.98	2.40-8.24	
มาก	47 (51.6)	18 (19.1)	1.11-3.44	1		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต						0.034
น้อย	41 (45.5)	73 (76.8)	1.29	1.18	1.03-1.87	
มาก	49 (54.5)	22 (23.2)	1.10-1.80	1		
ทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต						<0.001
ไม่เหมาะสม	45 (46.9)	77 (86.5)	2.95	2.07	1.02-2.28	
เหมาะสม	51 (53.1)	12 (13.5)	1.04-3.21	1		

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

7. สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี พบผลการศึกษาดังต่อไปนี้ เพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าเพศชาย เป็น 1.41 เท่า (95%CI=1.01 to 0.85) ผู้ที่มีอายุ>45 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีอายุ≤45 ปี เป็น 2.38 เท่า (95%CI=1.42 to 4.76) ผู้ที่มีสถานภาพคู่ มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีคู่ เป็น 2.41 เท่า (95%CI=1.09 to 3.86) ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นๆ เป็น 4.21 เท่า (95%CI=1.32 to 5.35) ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย เป็น 2.15 เท่า (95%CI=1.81 to 5.61) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศริญญา ชาญสุข และสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี (2566)[13] ศึกษาปัจจัยซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 41.25 ปี ไม่ติดเชื้อ COVID-19 (99.2%) ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 โดยยังคงสถานการณ์จ้างงาน และได้รับความช่วยเหลือจากสังคม มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ร้อยละ 30 และมีอาการของซึมเศร้าระดับน้อยมาก การมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจันทนา เกิดบางแขม (2564)[14] ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกได้แก่สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเครียดจากการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์[14]

ส่วนผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับมาก เป็น 6.98 เท่า (95%CI=2.40 to 8.24) ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก เป็น 1.18 เท่า (95%CI=1.03 to 1.87) ผู้ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับที่เหมาะสม เป็น 2.07 เท่า (95%CI=1.02 to 2.2.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jack S Peltz & Ronald D Rogge (2016)[15] ได้ทำการศึกษาผลกระทบทางอ้อมของการปฏิบัติสุขอนามัยนอนหลับ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่ออาการซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 335 คน โดยใช้เครื่องมือ Patient Health Questionnaire เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI), Adolescent Sleep Hygiene Scale (ASHS) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่สามารถจัดการอารมณ์ตนเองในช่วงก่อนเข้านอนได้ดี และหลีกเลี่ยงการงีบหลับในระหว่างวัน มีผลคะแนนของโรคซึมเศร้าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Mendoza JF et al. (2016)[16] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับเป็นปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับและปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ในส่วนของปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ ระยะเวลาเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ พฤติกรรมตื่นในระหว่างกลางคืน อาการง่วงหลับในระหว่างวัน ประสิทธิภาพของการนอนหลับ สุขอนามัยการนอนโดยเรื่องของระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ พบว่า ยิ่งผู้ป่วยพยายามจะนอนหลับเร็วให้ได้หรือหมกมุ่นกับปัญหานอนไม่หลับมากเท่าไหร่ ผู้ป่วยก็เผชิญกับปัญหาเนื่องจากระยะเวลาที่ใช้อยู่บนเตียงกลายเป็นระยะเวลาของการถูกกระตุ้น ซึ่งการถูกกระตุ้นนี้ส่งผลให้ปัญหานอนไม่หลับรุนแรงมากขึ้น บรรยากาศบนเตียงเพิ่มความกดดัน ไม่ผ่อนคลายและไม่ส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพนอนหลับได้ยาก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยครั้งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับได้ อ้างอิงตามแนวคิด

การถูกกระตุ้นที่เกินปกติ (Hyperarousal concept) ในเรื่องของปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ พบว่าผู้ที่มีปัญหานอนไม่หลับและได้รับปริมาณการนอนหลับน้อย มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับแรงกระตุ้นทางความคิด (Cognitive arousal) และคลื่นสมองมีกิจกรรมเพิ่มเยอะขึ้นในระหว่างการนอนหลับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่นอนหลับยาว[17]

8. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโนบาย

1) มีการวางแผนในการจัดการ/แก้ไขปัญหาการนอนที่ไม่ได้คุณภาพอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง โดยนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางและพัฒนาการดำเนินงานเพื่อนำสู่การบริหารจัดการคุณภาพการนอนหลับของประชาชนวัยทำงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) นำข้อมูลจากการศึกษาคืนข้อมูลให้กับสถานบริการและประชาชนที่เข้ามารับบริการเพื่อนำไปจัดทำแนวทางการส่งเสริมการนอนให้มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการคุณคุณภาพการนอนหลับของประชาชนวัยทำงานและประชาชนทุกกลุ่มในเขตบริการสุขภาพที่ 10 โดยให้ทุกหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องเข้ามาร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ในการแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนหลับของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

2) ควรศึกษาออกแบบโปรแกรมหรือนวัตกรรมที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนหลับของประชาชนวัยทำงานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี หรือออกแบบโปรแกรมเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนหลับของประชาชนทุกกลุ่มในเขตสุขภาพที่ 10 บนพื้นฐานของบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีความสอดคล้องและเกิดประสิทธิผล

9. เอกสารอ้างอิง

1. Bjoroy I, Jorgensen VA, Pallesen S and Bjorvatn B. The Prevalence of Insomnia Subtypes in Relation to Demographic Characteristics, Anxiety, Depression, Alcohol Consumption and Use of Hypnotics. 2020. *Front. Psychol.* 11:527. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00527.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2566 (Annual Report 2023) นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. Khaled SM, Bulloch AG, Williams JVA, Hill JC, Lavorato DH, Patten SB. Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence – Evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. J Psychiatr Res. 2012;46(4):436–43 https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.11.011.
4. O'Connell, R.G., Shadlen, M.N., Wong-Lin, K. and Kelly, S.P. Bridging Neural and Computational Viewpoints on Perceptual Decision-Making. Trends in Neurosciences. 2018;41(11):838-852.
5. B. Bei, L.D. Asarnow, A. Krystal, J.D. Edinger, D.J. Buysse, R Manber. Treating insomnia in depression: insomnia related factors predict long-term depression trajectories. J. Consult. Clin. Psychol. 2018;86(3):282-293.

6. F. Ouyang, G.H. Zhang, K. Du, L. Shen, R. Ma, X. Wang, X. Wang, J. Zhang. Maternal prenatal urinary bisphenol A level and child cardio-metabolic risk factors: A prospective cohort study. Environ Pollut. 2020;265 (Pt A):Article 115008.
7. Irish LA, Kline CE, Gunn HE, Buysse DJ, Hall MH. The role of sleep hygiene in promoting public health: a review of empirical evidence. Sleep Med Rev 2015;22:23-36.
8. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675–700.
9. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015;163(3):191–204.
10. Friedman, L., Benson, K., Noda, A., Zarcone, V., Wicks, D. A., O'Connell, K., Brooks, J. O. III, Bliwise, D. L., & Yesavage, J. A. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology.2000;13(1):17–27.
11. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อแนะนำการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและการนอนหลับ. กรุงเทพฯ: เอ็นซีคอนเซ็ปต์; 2562.
12. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G. and Buchner, A. G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. Behavior Research Methods.2007;39:175-191.
13. Bloom, B.S. Human Characteristic and School Learning. New York: McGraw–Hill. 1976.
14. ศริญญา ชาญสุข และ สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2566; 37(3): 76-91.
15. จันทนา เกิดบางแขม. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจ พิเศษภาคตะวันออก. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564.
16. Jack S Peltz & Ronald D Rogge. The indirect effects of sleep hygiene and environmental factors on depressive symptoms in college students. National Library of Medicine: National Center for Biotechnology Information. 2016; 2(2):159-166.
17. Thomas H. Bak, Madeleine R. Long, Mariana Vega-Mendoza and Antonella Sorace. Novelty, Challenge, and Practice: The Impact of Intensive Language Learning on Attentional Functions. TenthInternational Congress on Peer Review and Scientific Publication. 2016; https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153485.

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

บทความวิจัย

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล นโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10

กิตติพศ ดำบรรพ์[1] และ เจนวิทย์ ศรพรหม[2*]

(วันรับบทความ 6 พฤศจิกายน 2568, วันแก้ไขบทความ 15 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 15 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพมาตรการใหม่ปี 2568 เพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 เมื่อเทียบกับมาตรการเดิมปี 2567 จากมุมมองของผู้จ่ายเงิน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผลคือเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 (n=2,198) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปี 2567 และปี 2568 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินเชาวน์ปัญญาเด็กฉบับ พ.ศ.2563 และวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Independent sample t-test การคำนวณอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) และการวิเคราะห์ความไว (Sensitivity)

ผลการศึกษาพบว่า มาตรการใหม่มีต้นทุนรวมสูงกว่ามาตรการเดิม (6,824,395.70 บาท เทียบกับ 3,873,665.88 บาท) โดยต้นทุนส่วนเพิ่มส่วนใหญ่มาจากการลงทุนด้านข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านประสิทธิผล ระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยโดยรวมของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.52 จุด เมื่อเทียบกับมาตรการเดิม แต่ผลการวิเคราะห์รายจังหวัดมีความแตกต่างกัน พบว่าจังหวัดศรีสะเกษมีระดับเชาวน์ปัญญาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5.56 จุด ICER ของนโยบายปฏิรูปเท่ากับ 1,941,270 บาทต่อ 1 จุดเชาวน์ปัญญาที่เพิ่มขึ้น และการวิเคราะห์ความไวชี้ว่าผลการประเมิน ICER มีความมั่นคง (Robust) ต่อการเปลี่ยนแปลงของพารามิเตอร์สำคัญ

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมมาตรการใหม่และขยายผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการลงทุนด้านข้อมูลสารสนเทศและกำลังคน และพิจารณาจัดสรรทรัพยากรอย่างเจาะจงเพื่อแก้ไขปัญหาในจังหวัดศรีสะเกษซึ่งมีระดับเชาวน์ปัญญาลดลง

คำสำคัญ: การปฏิรูปเขตสุขภาพ เชาวน์ปัญญา ต้นทุน-ประสิทธิผล เด็กปฐมวัย

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ เขตสุขภาพที่ 10
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: jenwitsp@gmail.com

Research article

Cost-Effectiveness Analysis of Health Area Reform Initiatives on Early Childhood IQ (Intelligence Quotient) in Health Region 10

Kittipot Damban[1] and Jenwit Sornpom[2*]

(Received: November 6 2025; Revised: December 15 2025; Accepted: December 15 2025)

Abstract

The study aimed to analyze the cost-effectiveness (CEA) of the new 2025 Health Area Reform initiative, focusing on promoting early childhood Intelligence Quotient (IQ) in Health Region 10, compared to the former 2024 measures, adopting the Payer Perspective. The effectiveness evaluation utilized secondary data of early childhood children's IQ levels in Health Region 10 (n=2,198), assessed before 2024 and after 2025 using the B.E. 2563 (2020) Children's Intelligence Assessment tool3333. Data analysis involved the Independent t-test, calculation of the Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER), and Sensitivity Analysis.

The results indicated that the new measure higher total cost (THB 6,824,395.70) compared to the former measure (THB 3,873,665.88), with the incremental cost primarily driven by substantial investment in information systems and health technology. Regarding effectiveness, the overall mean IQ level of early childhood children in Health Region 10 increased by 1.52 points compared to the previous measure. However, the provincial analysis revealed heterogeneity; while most provinces improved, Sisaket Province showed a statistically significant decrease of -5.56 IQ points. The ICER for the reform initiative was calculated at (THB 1,941,270 per 1 IQ point gain. Crucially, sensitivity analysis confirmed that the ICER result was robust to variations in critical parameters.

The new measure should be sustained and scaled up, particularly the investment in information systems and human resources, and resources should be specifically allocated to address the issue of the statistically significant IQ point decrease observed in Sisaket Province.

Keywords: Cost-Effectiveness, Intelligence Quotient, Early Childhood, Health Area Reform

[1] Senior Policy and Plan Analyst 10th of Public Health Region Office
[2] Public Health Technical Officer of Health Promotion Center 10th
* Corresponding Author Email: jenwitsp@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญปัญหา

ระดับเชาวน์ปัญญา (Intelligent Quotient: IQ) เป็นคุณสมบัติที่โดดเด่นของมนุษย์ที่ส่งผลต่อคุณภาพประชากรในการพัฒนาประเทศ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ สังคม จากการศึกษา พบว่าหากระดับเชาวน์ปัญญาต่ำจะส่งผลกับเศรษฐกิจและรายได้ โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยกับผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ต่อหัว ประเทศที่มีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยต่ำกว่า 90 มักจะอยู่ในกลุ่มประเทศที่ยากจน ทางด้านสังคม พบว่า ระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยต่ำในวัยเด็กเกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรงในประชากรทั่วไป[1] และมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาแอลกอฮอล์และสารเสพติดเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่[2] ดังนั้น การจะเพิ่มประชากรคุณภาพในประเทศรวมถึงการได้รับผลตอบแทนทางเศรษฐกิจในระยะยาวเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างประเทศนั้น ควรจะต้องลงทุนทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะการลงทุนด้านสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิดและเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรช่วงวัยที่สำคัญต่อการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญา

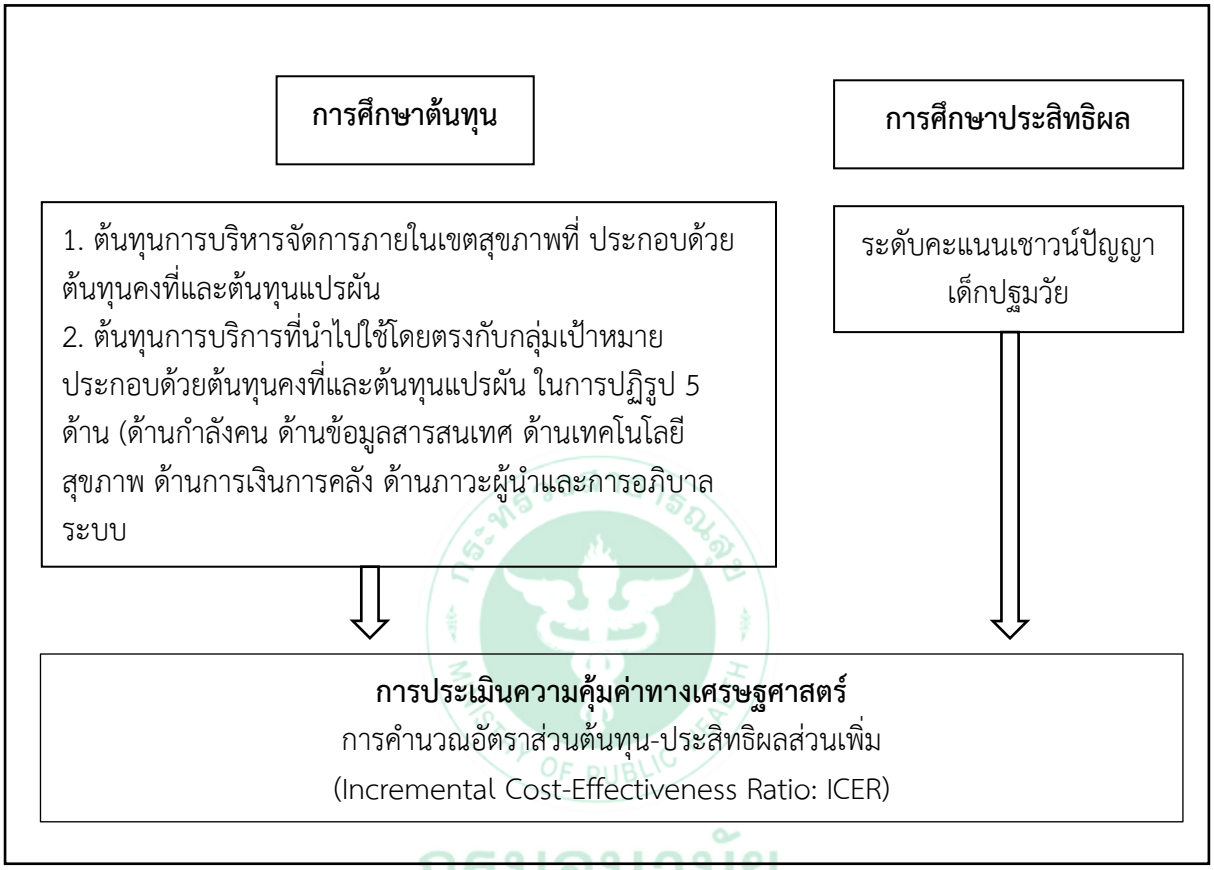
ในบริบทของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นภูมิภาคที่กำลังพัฒนาและมีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสูง การลงทุนเพื่อยกระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่หลายประเทศให้ความสนใจ ประเทศไทยเองจึงได้มีนโยบายระดับชาติและหลายหน่วยงานเข้ามาร่วมดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีมาเป็นกรอบของวิสัยทัศน์ประเทศไทย ในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 12 (2560-2564) “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1 คือ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด 2 คือคะแนนเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (100 จุด)[3] ซึ่งในท้ายแผนได้มีการสำรวจนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศไทย ในปี 2564 จำนวน 21,901 รายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (102.78 จุด) เมื่อเทียบกับค่ากลางของมาตรฐานสากลในยุคปัจจุบัน (100 จุด) นับว่าบรรลุเป้าหมายตามแผนฯ แต่เมื่อเทียบในประเทศที่พัฒนาและและกำลังพัฒนาบางประเทศ พบว่า ระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยสูงมากกว่าของประเทศไทย จึงนับเป็นความท้าทายในการเพิ่มคุณภาพประชากรไทยให้มีระดับเชาวน์ปัญญาสูงขึ้นให้ได้ในระดับต้น ๆ ของโลก อีกทั้งยังพบว่า ในบางพื้นที่ยังมีระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ 102.8 จุด ทีมผู้วิจัยจึงได้เลือกเป็นพื้นที่ในการศึกษา ซึ่งเป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 10 ระดับเชาวน์ปัญญาภาพรวม 2564 คือ 98.4 จุด เรียงตามลำดับ ได้แก่ ยโสธร 97.1 จุด อำนาจเจริญ 97.8 จุด อุบลราชธานี 98.1 จุด ศรีษะเกษ 98.4 จุด และมุกดาหาร 102.9 จุด

การปฏิรูปในเขตสุขภาพที่ 10 ประเด็นการพัฒนาเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปี 2567 เป็นต้นมาทำให้มีการลงทุนในโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโครงการต่อผลลัพธ์เชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยที่คาดหวัง จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายและยังไม่เคยมีการประเมินในเขตสุขภาพที่ 10 มาก่อน ดังนั้น เขตสุขภาพที่ 10 ในฐานะที่เป็นองค์กรในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยเปรียบเทียบกับมาตรการเดิมปี 2567 ในมุมมองของผู้จ่ายเงิน (Payer Perspective) และจะได้นำข้อมูลไปจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อันจะส่งผลต่อการตัดสินใจเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการปฏิรูปเขตสุขภาพในการส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยต่อไปในอนาคต ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 10 เปรียบเทียบระหว่างมาตรการเดิมปี 2567 กับมาตรการใหม่ปี 2568

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) โดยใช้มุมมองของผู้จ่ายเงิน (Payer Perspective)

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population)

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้นทุน เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านพัฒนาเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ 10

2) กลุ่มเด็กปฐมวัยใช้ในการประเมินประสิทธิผล เป็นเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ได้รับการประเมินระดับเชาวน์ปัญญาจากเครื่องมือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ.2563[4] ก่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพ ปี 2567 และหลังการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2568

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้นทุน คัดเลือกแบบเจาะจง มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกโดยกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในแต่ละระดับของเขตสุขภาพที่ 10 และปฏิบัติงานเด็กปฐมวัยระหว่างปี 2566-2568 ประกอบด้วย เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 2 คน และผู้ปฏิบัติงานเด็กปฐมวัยระหว่างปี 2566-2568 ในระดับจังหวัด 5 จังหวัด จังหวัดละ 2 คน รวม 10 คน

2) กลุ่มเด็กปฐมวัยใช้ในการประเมินประสิทธิผล ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ระดับเชาวน์ปัญญา เขตสุขภาพที่ 10 จากรายงานเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของ

นโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 10 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,198 คน เพื่อแสดงว่าจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เพียงพอสำหรับการศึกษาผู้วิจัยจึงคำนวณอำนาจการทดสอบของกลุ่มตัวอย่าง (Power of test) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ดังนี้

$$\text{n ต่อกลุ่ม} = \frac{2\sigma^2\left(Z_{\alpha/2}+Z_{\beta}\right)^2}{\Delta\mu^2}$$

การวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจการทดสอบ (Power of test analysis) แทนค่าจากการศึกษาที่ผ่านมาเรื่อง ผลของการพัฒนาระดับเชาวนปญญาเด็กปฐมวัยโดยใชเครือขายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ[5] ซึ่งได้รายงานความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของเชาวน์ปัญญาของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กประมาณ 10 จุด (S.D.=15) เมื่อแทนค่าได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ จำนวน 36 คน เพราะฉะนั้นขนาดตัวอย่าง จำนวน 2,198 คน เพียงพอต่อการศึกษาในครั้งนี้

3) การสุ่ม ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional stratified random Sampling) โดยกำหนดให้ จังหวัดเป็นชั้นภูมิหลัก (Strata) โดยจัดสรรขนาดตัวอย่างแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนประชากร และเพศเป็นชั้นภูมิย่อย (Sub-strata) ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ อุบลราชธานี 457 คน ศรีสะเกษ 288 คน ยโสธร 405 คน มุกดาหาร 536 คน และอำนาจเจริญ 512 คน

เกณฑ์คัดเข้าคัดออกอาสาสมัคร (Inclusion and Exclusion criteria)

1) เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มเด็กปฐมวัย (Inclusion criteria) เป็นเด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี ที่มีภูมิลำเนาในเขตสุขภาพที่ 10 อย่างน้อย 6 เดือน โดยกลุ่มก่อนปฏิรูป มีข้อมูลระดับเชาวน์ปัญญาปี 2567 และกลุ่มหลังปฏิรูป ได้รับการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญาจากสถานบริการสุขภาพของรัฐบาล และมีบันทึกผลการทดสอบครบถ้วน

2) เกณฑ์คัดออกกลุ่มเด็กปฐมวัย (Exclusion criteria) เป็นเด็กปฐมวัยที่มีข้อมูลการประเมินเชาวน์ปัญญาไม่ครบถ้วนหรือไม่ชัดเจน มีความพิการหรือภาวะทางการแพทย์ที่ชี้ชัดต่อพัฒนาการ หรือย้ายที่อยู่ออกนอกเขตสุขภาพที่ 10 ระหว่างช่วงเวลาที่ศึกษา

4.3 การเปรียบเทียบระหว่างมาตรการก่อนและหลังการปฏิรูป

การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยเปรียบเทียบกับมาตรการเดิมก่อนปี 2567 ในมุมมองของผู้จ่ายเงิน (Payer Perspective) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระหว่างมาตรการก่อนและหลังการปฏิรูป

มาตรการ	ปี 2567	ปี 2568
1.การส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย 5 ด้าน เขตสุขภาพที่ 10		
1.1 ด้านกำลังคน	- การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานด้านการส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย	- การแต่งตั้งคณะกรรมการการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยฯ เขตสุขภาพที่ 10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

มาตรการ	ปี 2567	ปี 2568
1.2 ด้านข้อมูลสารสนเทศ	-	- การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์
ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ	- การส่งเสริมและมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก - เสริมสร้างพัฒนาทักษะทางสมอง EF แก่เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 10	- จัดอบรมเสริมทักษะพัฒนาเด็กปฐมวัย (Executive Functions: EF) สำหรับครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูปฐมวัยในโรงเรียน และครอบครัว - งานวิจัย และนวัตกรรม ด้านการใช้เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพเพื่อการกระตุ้นพัฒนาการและเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10
1.3 ด้านการเงินการคลัง	-	- การประชุมคณะกรรมการ CFO เขต 10 ในการพิจารณางบพัฒนาเขตในประเด็นพัฒนาการและเชาวน์ปัญญาเด็ก - การจัดทำข้อเสนอให้กับผู้บริหารเพื่ออนุมัติงบประมาณในการขับเคลื่อนงาน
2.การส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย 5 ด้าน เขตสุขภาพที่ 10		
2.1 ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ	- การประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการดำเนินงาน - การประชุมคณะกรรมการบริหารเขต เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อพิจารณา/ติดตามการดำเนินงานพัฒนาการเด็กเขตสุขภาพที่ 10	- การประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการดำเนินงาน - การประชุมพัฒนาทีม Coacher ระดับอำเภอในการขับเคลื่อนติดตามงานระดับอำเภอ 70 อำเภอ (5 จังหวัด) ประชุมเชิงปฏิบัติการเยี่ยมเสริมพลัง Coaching ครูปฐมวัยทุกโรงเรียนและครู ศพด. สังกัด อปท.ละ 1 แห่ง - การประชุมเชิงปฏิบัติการประสานความร่วมมือกับผู้บริหาร/ผู้จัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดในการ Coaching และกำกับติดตามงานในพื้นที่ - การประชุมคณะกรรมการบริหารเขตเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อพิจารณา/ติดตามการดำเนินงาน พัฒนาการเด็กและเชาวน์ปัญญา เขตสุขภาพที่ 10

4.4 การจำแนกต้นทุนเปรียบเทียบระหว่างมาตรการใหม่หลังปี 2567 นโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 กับมาตรการเดิมก่อนปี 2567

การจำแนกต้นทุนในการศึกษานี้เป็นการจำแนกตามกิจกรรมการส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย 5 ด้านตามกรอบนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพ ได้แก่ 1) ด้านกำลังคน 2) ด้านข้อมูลสารสนเทศ 3) ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ 4) ด้านการเงินการคลัง และ 5) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ โดยผู้วิจัยได้จำแนกต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนการบริหารจัดการภายใน (Management cost) และต้นทุนบริการ (Service costs) ซึ่งต้นทุนการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10 Journal

จัดการหมายถึง ต้นทุนที่ใช้บริหารจัดการภายในองค์กรซึ่งประกอบด้วยต้นทุนคงที่ (Fix costs) และต้นทุนแปรผัน (Variable costs) ส่วนต้นทุนบริการหมายถึง ต้นทุนที่นำไปใช้ในการจัดกิจกรรมและการบริหารแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนคงที่ (Fix costs) และต้นทุนแปรผัน (Variable costs) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายการต้นทุนตามกรอบนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพ และการจำแนกประเภทต้นทุน

รายการต้นทุน	การจำแนกตามประเภทต้นทุน			
	ต้นทุนการบริหารจัดการ		ต้นทุนบริการ	
	ต้นทุนคงที่	ต้นทุนแปรผัน	ต้นทุนคงที่	ต้นทุนแปรผัน
ด้านกำลังคน				
1. ต้นทุนค่าแรง (Labor cost)				
1.1 เงินเดือน สวัสดิการ เบี้ยเลี้ยงของผู้รับผิดชอบงาน ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ประสานงาน	√			
2. ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost)				
2.1 ค่าวัสดุอุปกรณ์สำนักงานที่ใช้ในโครงการ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าอินเทอร์เนต ค่าโทรศัพท์ และค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	√			
3. ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost)				
3.1 ค่าสถานที่	√			
3.2 ครุภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการ	√			
3.3 ค่าใช้จ่ายในการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน		√		
ด้านข้อมูลสารสนเทศ				
1. ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost)				
1.1 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ		√		
1.2 การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์		√		
ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ				
1. ต้นทุนค่าดำเนินการ (Operating cost)				
1.1 โครงการส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย				√
1.2 งานวิจัย และนวัตกรรม ด้านการใช้เทคโนโลยีการ ดูแลสุขภาพเพื่อการส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็ก เขตสุขภาพที่ 10				√

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10Journal

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการต้นทุน	การจำแนกตามประเภทต้นทุน			
	ต้นทุนการบริหารจัดการ		ต้นทุนบริการ	
	ต้นทุนคงที่	ต้นทุนแปรผัน	ต้นทุนคงที่	ต้นทุนแปรผัน
ด้านการเงินการคลัง				
1. ต้นทุนค่าดำเนินการ (Operating cost)				
1.1 การประชุมคณะกรรมการ CFO เขต 10 ในการพิจารณางบพัฒนาเขตในประเด็นพัฒนาการและเชาวน์ปัญญาเด็ก		√		
1.2 การจัดทำข้อเสนอให้กับผู้บริหารเพื่ออนุมัติงบประมาณในการขับเคลื่อนงาน		√		
ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ				
1. ต้นทุนค่าดำเนินการ (Operating cost)				
1.1 การประชุมคณะทำงานติดตามการดำเนินงาน		√		
1.2 การประชุมคณะกรรมการบริหารเขตเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อพิจารณา/ติดตามการดำเนินงานพัฒนาการเด็กและเชาวน์ปัญญา เขตสุขภาพที่ 10		√		

4.5 การแจกแจงและประเมินประสิทธิผล

ตารางที่ 3 ตารางแจกแจงและประเมินประสิทธิผล

ประสิทธิผล	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
คะแนนระดับเชาวน์ปัญญาเด็กในเขตสุขภาพที่ 10	การประเมินระดับเชาวน์ปัญญาจากเครื่องมือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2563[4]	ระบบรายงานเขตสุขภาพที่ 10

4.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินต้นทุน ใช้แบบบันทึกต้นทุน (Cost inventory form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดตามกรอบนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพ ได้แก่ 1) ด้านกำลังคน 2) ด้านข้อมูลสารสนเทศ 3) ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ 4) ด้านการเงินการคลัง และ 5) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ แยกตามประเภทต้นทุน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อหน่วยงาน ผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 การจำแนกต้นทุน ได้แก่ ด้านกำลังคน แบ่งเป็น ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) คือ เงินเดือน สวัสดิการ เบี้ยเลี้ยง ของผู้รับผิดชอบงาน ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ประสานงาน ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) คือ ค่าวัสดุอุปกรณ์สำนักงานที่ใช้ในโครงการ ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าอินเทอร์เนต ค่าโทรศัพท์ และค่าน้ำมันเชื้อเพลิง และต้นทุนค่าลงทุน (Capital

cost) คือ ค่าสถานที่ (Discount rate=10%) ครุภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการ (Discount rate=10%)[6] ค่าใช้จ่ายในการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน ด้านข้อมูลสารสนเทศ แบ่งเป็น ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) คือ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์ ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ แบ่งเป็น ต้นทุนค่าดำเนินการ (Operating cost) คือ โครงการพัฒนาเด็กปฐมวัย และงานวิจัย และนวัตกรรม ด้านการใช้เทคโนโลยีการ ดูแลสุขภาพเพื่อการส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็ก เขตสุขภาพที่ 10 ด้านการเงินการคลัง แบ่งเป็น ต้นทุนค่าดำเนินการ (Operating cost) การประชุมคณะกรรมการ CFO เขต 10 ในการพิจารณางบพัฒนาเขตในประเด็นพัฒนาการเด็ก และการจัดทำข้อเสนอให้กับผู้บริหารเพื่ออนุมัติงบประมาณในการขับเคลื่อนงาน ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ แบ่งเป็น ต้นทุนค่าดำเนินการ (Operating cost) คือ การประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามการดำเนินงาน และการประชุมคณะกรรมการบริหารเขตเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อพิจารณา/ติดตามการดำเนินงานพัฒนาการเด็กเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 13 รายการ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผล ใช้แบบบันทึกประสิทธิผล (Effectiveness Assessment Form) ได้แก่ ผลลัพธ์ ก่อนและหลังการปฏิรูป ได้แก่ ระดับคะแนนเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10

3) การทดสอบเครื่องมือ แบบบันทึกต้นทุน (Cost Inventory Form) และแบบบันทึกประสิทธิผล (Effectiveness assessment form) ใช้การทดสอบความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ให้ผู้ประเมิน 2 คนบันทึกต้นทุน และผลลัพธ์ จากเอกสารเดียวกัน ทดสอบด้วยสถิติ Cohen's Kappa หรือ ICC (Intraclass Correlation Coefficient) ซึ่งเกณฑ์ยอมรับได้ คือ Kappa/ICC≥0.8 และทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบว่าเครื่องมือครอบคลุมทุกองค์ประกอบต้นทุนตามกรอบนโยบาย 5 ด้าน และผลลัพธ์ ระดับเชาวน์ปัญญาเด็กเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้ดัชนีความตรง (IOC: Index of Item-Objective Congruence) ซึ่งเกณฑ์ยอมรับ (IOC≥0.5)

4.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ประชุมทีมวิจัยและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2) ฝึกอบรมผู้เก็บบันทึกข้อมูล
3) จัดเตรียมเอกสารและอุปกรณ์
4) เก็บข้อมูลต้นทุนการบริหารจัดการ (Management cost)
5) เก็บข้อมูลต้นทุน (Service cost)
6) เก็บข้อมูลผลลัพธ์/ประสิทธิผล
7) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

4.8. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์ (Economic Analysis) แบบ Cost-Effectiveness Analysis (CEA) ดังนี้

1) การประเมินประสิทธิผล ก่อนและหลังการปฏิรูป เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับเชาวน์ปัญญา ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสละต่อกัน ด้วยสถิติ Independent sample t-test

2) คำนวณ ต้นทุนต่อผลลัพธ์ จากสูตร อัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER)

$$\frac{\text{ต้นทุนของมาตรการใหม่ - ต้นทุนของมาตรการเดิม}}{\text{ผลลัพธ์ของมาตรการใหม่ - ผลลัพธ์ของมาตรการเดิม}}$$

3) การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนและความไว (Uncertainty and sensitivity analysis) เพื่อทดสอบความมั่นคงของผลลัพธ์ โดยปรับปัจจัยสำคัญ ได้แก่ อัตราคิดลด (Discount rate) 3-5% ความแปรปรวนของต้นทุน (ที่ 10% 20% และ 30%) และความคลาดเคลื่อนของประสิทธิผล (ที่ 10%)[6]

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ คือ ID-04-68-01-E ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 25 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 25 เมษายน 2569

6. ผลการวิจัย

6.1 ผลการศึกษาต้นทุน

6.1.1 ต้นทุนแยกรายการต้นทุนตามกรอบนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพ

จากการศึกษาต้นทุนแยกรายการต้นทุนตามกรอบนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพ พบว่า ต้นทุนรวมของมาตรการใหม่ปี 2568 จำนวน 6,027,035.00 บาท และ ต้นทุนรวมมาตรการเดิมปี 2567 จำนวน 3,722,000.00 บาท โดยแบ่งเป็น ต้นทุนด้านกำลังคน ของมาตรการเดิมจาก 31,940.88 บาท เพิ่มเป็น 556,810.70 บาท ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ พบว่าทั้งหมดเป็นต้นทุนการดำเนินงานของมาตรการเดิมจาก 3,722,000.00 บาท เพิ่มเป็น 6,027,035.00 บาท และต้นทุนด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ของมาตรการเดิมจาก 119,725.00 บาท เพิ่มเป็น 240,550.00 บาท ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบต้นทุนตามกรอบนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพ ระหว่างมาตรการใหม่หลังปี 2567 และมาตรการเดิมก่อนปี 2567

รายการต้นทุน	ปี 2567 (1 ปี)		ปี 2568 (1 ปี)	
	จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ
1) ด้านกำลังคน	556,810.70	8.16	31,940.88	1.21
2) ด้านข้อมูลสารสนเทศ	5,000,000.00	73.27	-	-
3) ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ	1,027,035.00	15.05	3,722,000.00	96.08
4) ด้านการเงินการคลัง	-	-	-	-
5) ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ	240,550.00	3.52	119,725.00	3.09
ต้นทุนรวม	**6,824,395.70**	**100**	**3,873,665.88**	**100**

6.2 การประเมินประสิทธิผล

ผลการประเมินประสิทธิผล ในเขตสุขภาพที่ 10 จากรายงานเขตสุขภาพที่ 10 คน กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 2,198 คน มีระดับเชาวน์ปัญญา 100.51 จุด และ 102.3 จุด ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการปฏิรูประดับเชาว์ปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.52 จุด (95%CI= 1.12 to 1.92; *p*-value<0.001) ระดับเชาวน์ปัญญาแยกรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า จังหวัดที่ระดับเชาวน์ปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี 2.60 จุด (95%CI=1.71 to 3.49; *p*-value<0.001) จังหวัดยโสธร 5.45 จุด (95%CI=3.21 to 7.69; *p*-value<0.001) จังหวัดมุกดาหาร 2.86 จุด (95%CI=1.37 to 4.35; *p*-value<0.001) และจังหวัดอำนาจเจริญ 1.26 จุด (95%CI=0.67 to 1.86; *p*-value<0.001) มีเพียงจังหวัดศรีสะเกษที่ระดับเชาวน์ปัญญาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5.56 จุด (95%CI=-4.55 to 2.57; *p*-value 0.99) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างมาตรการใหม่หลังปี 2567 และมาตรการเดิมก่อนปี 2567 (n=2,198)

ระดับเชาวน์ปัญญา	มาตรการใหม่ ปี 2568	มาตรการเดิม ปี 2567	Mean diff.	t	95%CI	*p*-value
รวมเขต	102.03	100.51	1.52	7.52	(1.12-1.92)	<0.001
อุบลราชธานี	101.48	98.88	2.60	5.78	(1.71-3.49)	<0.001
ศรีสะเกษ	94.06	99.62	-5.56	-11.12	(-4.55, -2.57)	0.999
ยโสธร	104.87	99.42	5.45	4.98	(3.21-7.69)	<0.001
มุกดาหาร	101.15	98.29	2.86	3.92	(1.37-4.35)	<0.001
อำนาจเจริญ	108.61	107.35	1.26	4.20	(0.67-1.86)	<0.001

*สถิติ Independent sample t-test นัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

6.3 การประเมินต้นทุนส่วนเพิ่มต่อผลลัพธ์ส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) ของมาตรการใหม่ปี 2567 นโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 เปรียบเทียบกับมาตรการปี 2568

จากการเปรียบเทียบต้นทุนรวมและประสิทธิผลรวมของมาตรการใหม่ปี 2568 กับมาตรการเดิมปี 2567 พบว่า ต้นทุนส่วนเพิ่ม (ΔCost) เท่ากับ 2,950,729.82 บาท (มาตรการใหม่ 6,824,395.70 บาท ลบด้วยมาตรการเดิม 3,873,665.88 บาท) และประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ΔEffect) เท่ากับ 1.52 จุดเชาวน์ปัญญา (มาตรการใหม่ 102.03 จุด ลบด้วยมาตรการเดิม 100.51 จุด) ดังนั้น อัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของการลงทุนนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 จึงเท่ากับ 1,941,270 บาทต่อ 1 จุดเชาวน์ปัญญาที่เพิ่มขึ้น การพิจารณาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์พบว่า ถึงแม้จะมีค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มที่สูงเมื่อเทียบกับมาตรการเดิมและไม่คุ้มค่า ตามเกณฑ์ WHO-CHOICE ในประเทศไทย แต่เมื่อพิจารณาว่าการลงทุนดังกล่าวเป็นการสร้างเสริมทุนมนุษย์ ซึ่งจะเป็นการส่งตอบแทนทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงขึ้นในระยะยาว บ่งชี้ว่า เงินลงทุนส่วนเพิ่มที่ใช้ไปเพื่อยกระดับ IQ 1 จุดนั้นมีความสมเหตุสมผลและเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในมุมมองของระบบสุขภาพ

6.4 การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนและความไว (Uncertainty and sensitivity analysis)

การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนและความไว (Sensitivity analysis) ได้ดำเนินการโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (One-Way sensitivity analysis) และการวิเคราะห์ความไวแบบหลายทาง (Multi-Way sensitivity analysis) เพื่อทดสอบความมั่นคงของผลการวิเคราะห์ ICER โดยปรับปัจจัยสำคัญที่มีความไม่แน่นอนสูง ได้แก่ อัตราคิดลด (Discount rate) ที่ 3% และ 5% พบว่าความแปรปรวนของต้นทุนโดยเฉพาะต้นทุนด้านข้อมูลสารสนเทศ และความคลาดเคลื่อนของประสิทธิผล (ร้อยละ 10%) ผลการวิเคราะห์พบว่า ICER มีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนด้านข้อมูลสารสนเทศมากที่สุด เนื่องจากเป็นองค์ประกอบต้นทุนที่ใหญ่ที่สุด อย่างไรก็ตาม ภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ

6.5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10

จากผลการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลข้างต้น ทีมวิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 10 ดังนี้

1) การขยายผลและคงไว้ซึ่งมาตรการใหม่ ควรมีการขยายผลและคงไว้ซึ่งมาตรการใหม่ปี 2568 โดยเฉพาะการคงไว้ซึ่งการลงทุนในด้านข้อมูลสารสนเทศ และ ด้านกำลังคนของมาตรการใหม่ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มระดับเชาวน์ปัญญาโดยรวมของเขตสุขภาพ

2) การจัดสรรทรัพยากรอย่างเจาะจงในพื้นที่เสี่ยง ควรพิจารณาจัดสรรทรัพยากรและมาตรการแก้ไขปัญหาอย่างเข้มข้นในพื้นที่ที่ระดับเชาวน์ปัญญายังคงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ (Mean diff.=-5.56 จุด) โดยอาจทบทวนการดำเนินงานในระดับพื้นที่เพื่อระบุปัจจัยกวน (Confounding Factors) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย

3) การบริหารจัดการต้นทุน ควรพิจารณาหาแนวทางลดต้นทุนในรายการที่มีสัดส่วนสูงที่สุดคือ ด้านข้อมูลสารสนเทศ (ร้อยละ 73.27 ของต้นทุนรวมมาตรการใหม่) โดยการปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้จ่ายหรือพิจารณาทางเลือกอื่นที่ให้ผลลัพธ์คล้ายกันแต่มีต้นทุนต่ำกว่าในการดำเนินการต่อไป

7. สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพเพื่อส่งเสริมเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 เปรียบเทียบกับมาตรการเดิม โดยใช้มุมมองของระบบสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนรวมของมาตรการใหม่สูงกว่ามาตรการเดิมอย่างมี โดยส่วนต่างต้นทุนส่วนใหญ่มาจากการลงทุนในด้านข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีสุขภาพ ด้านประสิทธิผล พบว่า ระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยโดยรวมของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.52 จุด เมื่อเทียบกับมาตรการเดิม ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการปฏิรูปเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์รายจังหวัดมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะจังหวัดศรีสะเกษ ที่ระดับเชาวน์ปัญญากลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่สำคัญที่ควรนำไปสู่การทบทวนการดำเนินงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องค่า ICER ที่ 1,941,270 บาทต่อ 1 จุดเชาวน์ปัญญาที่เพิ่มขึ้น และผลการวิเคราะห์ความไวที่ยืนยันความมั่นคงของผลลัพธ์ แสดงให้เห็นว่าการลงทุนส่วนเพิ่มในนโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพมีความคุ้มค่า เมื่อพิจารณาจากผลตอบแทนระยะยาวต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ต้นทุนการศึกษา (Cost of intervention) ผลการศึกษาพบว่า มาตรการใหม่ปี 2568 มีต้นทุนรวมสูงกว่ามาตรการเดิม (6,824,395.70 บาท เทียบกับ 3,873,665.88 บาท) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการลงทุนเริ่มแรกที่สูง (Front-loaded investment)[6] ต้นทุนส่วนเพิ่มส่วนใหญ่ที่มาจากการ ลงทุนด้านข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีสุขภาพ (IT/Health tech) เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการส่งต่อข้อมูล นั้น เป็นไปตามทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งต้องเผชิญกับความท้าทายในการสร้างโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีที่เพียงพอ[7] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า แม้ต้นทุนการนำเข้าเทคโนโลยีจะสูงในช่วงเริ่มต้น แต่ในระยะยาวการบูรณาการระบบสารสนเทศที่ดีจะช่วยลดต้นทุนการดำเนินงาน และเพิ่มประสิทธิภาพโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด[8] ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของต้นทุนในครั้งนี้จึงถูกมองว่าเป็นการลงทุนเชิงกลยุทธ์ที่จำเป็นต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของมาตรการปฏิรูปในระยะยาว

ประสิทธิผล (Effectiveness) การศึกษานี้พบว่า มาตรการใหม่สามารถยกระดับระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยโดยรวมของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 ได้สำเร็จ ซึ่งเป็นการยืนยันความสอดคล้องกับทฤษฎี การลงทุนในวัยเด็กตอนต้น (Early childhood investment)[9] แนวคิดหลักคือการให้มาตรการแทรกแซงในช่วงปีแรกของชีวิต จะสร้างผลตอบแทนทางเศรษฐกิจและสังคมสูงที่สุด เนื่องจากสมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว[10] งานวิจัยเชิงระบบและ Meta-analysis ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ยืนยันว่า โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแบบครอบคลุม (Comprehensive programs) ที่มีการกระตุ้นพัฒนาการและการสนับสนุนผู้ปกครอง มีประสิทธิผลสูงที่สุดในการพัฒนาสติปัญญา[11] การเพิ่มขึ้นของระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ย 1.52 จุดในประชากรนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในระยะยาว งานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์พบว่า การเพิ่มขึ้นของเชาวน์ปัญญาเพียง 1 จุด (1 IQ point) ในประชากรสามารถนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของผลิตภาพและรายได้ตลอดช่วงชีวิต

(Lifetime Earnings) ของบุคคลนั้นอย่างมีนัยสำคัญ[9] โดยประมาณการว่าการเพิ่มขึ้นของ IQ 1 จุด อาจนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของรายได้ประมาณ 1-2% ต่อปี นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของเชาวน์ปัญญาในระดับประชากรมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างชัดเจนกับผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ต่อหัวในระยะยาว ซึ่งเป็นการเน้นย้ำถึงคุณค่าของการลงทุนในนโยบายปฏิรูปนี้ในเชิงเศรษฐศาสตร์ มหภาค[12] แม้ว่าผลการศึกษานี้จะไม่ได้ระบุว่าองค์ประกอบใดของมาตรการใหม่ (เช่น การใช้ IT หลักสูตรออนไลน์ หรือการโค้ชชิ่งแก่ครู) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด แต่การที่ระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการออกแบบมาตรการที่เน้นการบูรณาการและการเสริมศักยภาพเครือข่ายภาคีในเขตสุขภาพนั้นสามารถถ่ายทอดไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกในตัวเด็กได้จริง

ความคุ้มค่าจากอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ที่คำนวณได้อยู่ที่ 1,947,458.75 บาทต่อจุดเชาวน์ปัญญาที่เพิ่มขึ้น และผลสรุปที่ว่ามาตรการใหม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ จึงสามารถบ่งชี้ได้ว่าเงินลงทุนส่วนเพิ่มที่ใช้ไปเพื่อยกระดับ IQ 1 จุดนั้นมีความสมเหตุสมผลและเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในมุมมองของระบบสุขภาพ ผลการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนให้ผู้กำหนดนโยบายพิจารณาขยายผลการดำเนินงานของมาตรการปฏิรูปนี้ต่อไปในวงกว้าง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศในระยะยาว

8. ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิอาจจะมีข้อจำกัดด้านความละเอียดของข้อมูล และไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวน (Confounder) ได้ทั้งหมด เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล และนโยบายอื่น ๆ ในพื้นที่ที่อาจมีความแตกต่างกัน รวมถึงระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่างการปฏิรูป การประเมินประสิทธิผลอาจจะต้องใช้เวลามากกว่ากรอบในการศึกษาที่กำหนดและพิจารณารูปแบบการวิเคราะห์ที่สามารถควบคุมปัจจัยกวนได้มากขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1) การคงไว้ซึ่งมาตรการใหม่และขยายผล ด้วยผลการประเมินที่แสดงให้เห็นถึง ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness) ของมาตรการใหม่ปี 2568 ICER อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และส่งผลให้ระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงควรคงไว้ซึ่งมาตรการใหม่และขยายผล นโยบายปฏิรูปเขตสุขภาพนี้อย่างต่อเนื่อง และผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพถาวร เพื่อให้เกิดผลตอบแทนต่อการพัฒนาทุนมนุษย์อย่างยั่งยืนการทบทวน

2) แก้ไขปัญหาเชิงพื้นที่แบบเจาะจง จากข้อค้นพบสำคัญที่ว่าจังหวัด ศรีสะเกษ มีระดับเชาวน์ปัญญาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผู้บริหารระดับเขตและจังหวัดควรดำเนินการทบทวนหาสาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis: RCA) ในพื้นที่ดังกล่าวโดยทันที เพื่อระบุปัจจัยกวน (Confounding factors) ในพื้นที่ หรือข้อบกพร่องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับปรุงมาตรการและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันความเหลื่อมล้ำของระดับเชาวน์ปัญญาภายในเขตสุขภาพที่ 10

3) การบริหารจัดการและปรับปรุงประสิทธิภาพด้านต้นทุน ควรมีการทบทวนโครงสร้างต้นทุนของมาตรการใหม่ โดยเฉพาะส่วน ด้านข้อมูลสารสนเทศ ที่มีสัดส่วนสูงที่สุด (73.27% ของต้นทุนรวม) เพื่อศึกษาทางเลือกในการเพิ่มประสิทธิภาพ (Optimization) และลดต้นทุนส่วนเพิ่มในการดำเนินการในระยะต่อไป โดยไม่ลดทอนประสิทธิผลที่ได้รับ

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) การขยายระยะเวลาการติดตามผลในระยะยาว เนื่องจากการพัฒนาเชาวน์ปัญญาเป็นกระบวนการ

ที่ต้องใช้เวลา การศึกษาในอนาคตจึงควรขยายระยะเวลาการติดตามผล (Follow-up period) ออกไปอย่างน้อย 1-3 ปี เพื่อประเมินผลกระทบที่สมบูรณ์และยั่งยืนของนโยบายปฏิรูปต่อระดับเชาวน์ปัญญาในระยะยาว

2) การใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ควบคุมปัจจัยกวนได้ดียิ่งขึ้น เพื่อลดข้อจำกัดจากการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental design) ที่มีความเข้มแข็ง เช่น Interrupted Time Series (ITS) หรือ Propensity Score Matching (PSM) ร่วมกับการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ เพื่อควบคุมปัจจัยกวนที่ไม่สามารถวัดได้ (Unmeasured confounders) เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล หรือนโยบายอื่น ๆ ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์จากมุมมองสังคม (Societal perspective) ควรดำเนินการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในวงกว้างขึ้น เช่น Cost-Benefit analysis โดยใช้ มุมมองทางสังคม (Societal perspective) เพื่อประเมินผลตอบแทนทางการเงินระยะยาว (Long-term economic returns) ที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของระดับเชาวน์ปัญญา เช่น มูลค่าของรายได้และผลิตภาพที่เพิ่มขึ้นในอนาคต เพื่อให้สามารถยืนยันความคุ้มค่าของการลงทุนเชิงนโยบายได้อย่างสมบูรณ์

10. เอกสารอ้างอิง

1. Jacob L, Haro JM and Koyanagi A. Association between intelligence quotient and violence perpetration in the English general population. Psychol Med 2019;49(8):1316-23.
2. White JW, Gale CR and Batty GD. Intelligence quotient in childhood and the risk of illegal drug use in middle-age: the 1958 National Child Development Survey. Ann Epidemiol 2012;22(9):654-7.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564. In: สำนักนายกรัฐมนตรี, editor. 2559. p. 65-6.
4. สถานราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. เกณฑ์ปกติของเครื่องมือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ.2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://th.rajanukul.go.th/_admin/file-download/FM-10129-1691386936.pdf.
5. ปฐมพงศ์ ปรุโปร่ง, กิตติ ประจันตเสน, สำราญ เหล็กงาม และ ธัญมล ช่วงโชติ. ผลของการพัฒนาระดับเชาวน์ปัญญาเด็กปฐมวัยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารสุขศึกษา 2563;45(2):59-71.
6. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL and Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes: Oxford university press; 2015.
7. Bukachi F and Pakenham-Walsh N. Information technology for health in developing countries. Chest 2007;132(5):1624-30.
8. Cho N-E, editor The impact of health information sharing on hospital costs. Healthcare; 2021: MDPI.
9. Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Pungello E, et al. Early childhood investments substantially boost adult health. Science 2014;343(6178):1478-85.
10. Black MM, Walker SP, Fernald LC, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. The lancet 2017;389(10064):77-90.

11. Rao N, Sun J, Chen EE and Ip P. Effectiveness of early childhood interventions in promoting cognitive development in developing countries: A systematic review and meta-analysis. Hong Kong Journal of Paediatrics 2017;22(1):14-25.
12. Lynn R and Vanhanen T. IQ and global inequality: Washington Summit Publishers Augusta, GA; 2006.

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

อังคณารัชต์ แก้วแสงใส[1*] และ ทองมี ผลาผล[2]

(วันรับบทความ 11 พฤศจิกายน 2568, วันแก้ไขบทความ 19 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 19 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้มีส่วนได้เสียหลัก จำนวน 25 คน (อาทิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม. แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่ อบต.) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และ 2) ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง มีค่าความเที่ยงตรงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษาดังนี้

1) สถานการณ์และปัญหา พบว่าผลคัดกรองสมองเสื่อม สูงถึง 439 ราย ในปี พ.ศ. 2567 แต่มีผู้ ได้รับการวินิจฉัยและดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลเพียง 13 ราย ซึ่งบ่งชี้ถึง ช่องว่างการส่งต่อและการดูแลที่รุนแรง

2) รูปแบบการการดูแล (Model) ที่เน้นการมีส่วนร่วมทั้ง 2 วงรอบ โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบ Fast-track การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การจัดทำ Care plan รายบุคคล โดยแพทย์ การฝึกอบรม อสม. ให้เป็น Dementia care coordinator ในการกระตุ้นสมองและฟื้นฟู ADL และการ จัดตั้ง "เครือข่ายอาสาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม" ร่วมกับ อบต. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นสมองในชุมชน

3) ผลการประเมินประสิทธิผล พบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมค่าเฉลี่ยคะแนนการทำกิจวัตรประจำวัน ADL หลังเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value<0.001 จาก 9.41 เป็น 10.56 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value<0.001 จาก 14.03 เป็น 16.27 คะแนน

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ ภาระผู้ดูแล

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Angkanaratk@gmail.com

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10Journal

Research article

Development of a Community Network–Based Participatory Care Model for Older Adults with Dementia at At-Samart Hospital

Angkanarat Kaewsengsai[1*] and Thongmee Palapol[2]

(Received: November 11 2025; Revised: December 19 2025; Accepted: December 19 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop a participatory care model for elderly people with dementia within the community network of At Samat Hospital. The sample consisted of two groups: 1) 25 key stakeholders, where data were collected through semi-structured interviews and focus group discussions and analyzed using content analysis; and 2) 30 elderly participants with dementia who participated in the program. Data were collected using the Activities of Daily Living (ADL) and the Thai Mental State Examination (TMSE) assessments, which yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.87 and 0.90, respectively. Data were analyzed using the paired sample t-test.

The results of the study were as follows: Regarding the situation and problems, it was found that 439 elderly individuals screened positive for dementia in 2024. However, only 13 cases were formally diagnosed and received continuous care at the hospital, indicating a severe gap in the referral system and care continuity. The developed care model emphasized participation across two action cycles. It focused on establishing a Fast-track system for high-risk patients, developing individualized care plans by physicians, and training VHVs to serve as "Dementia Care Coordinators" to provide cognitive stimulation and ADL rehabilitation. Furthermore, a "Dementia Care Volunteer Network" was established in collaboration with the Subdistrict Administrative Organization (SAO) to promote community-based cognitive stimulation activities. Regarding effectiveness, the results showed that after participating in the developed model, the mean score of ADL among the elderly increased significantly from 9.41 to 10.56 (p-value < 0.001). Similarly, the mean score of cognitive function (TMSE) increased significantly from 14.03 to 16.27 (p-value < 0.001).

Keywords: Dementia, Community Participation, Primary Healthcare Network, Activities of Daily Living, Cognitive Function

[1] Registered Nurse in At-Samart Hospital, Roi Et Province.
[2] Lecturer in Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University.
* Corresponding Author Email: Angkanaratk@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญปัญหา

ปัจจุบัน ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่เจ็ดของโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความพิการและการพึ่งพาผู้อื่นในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกพบมีภาวะสมองเสื่อมในปี ค.ศ.2015 จำนวน 57 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 จะเพิ่มขึ้นเป็น 75 ล้านคน และใน ปี ค.ศ.2050 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 132 ล้านคน โดยเฉลี่ยผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นปีละ 10 ล้านคน ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะพบก่อนอายุ 65 ปี และพบมากในประเทศกำลังพัฒนา[1] อุบัติการณ์ความชุกโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบ 3.1% (95%CI=1.5-5.0%)[2] และสำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2558 มีประชากรผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวนประมาณ 600,000 คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 100,000 รายต่อปี เนื่องจากผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้นจึงมีแนวโน้มจะเป็นโรคสมองเสื่อมมากขึ้นจึงประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1,177,000 ราย โดยพบว่าเป็นผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุชาย[3] ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จึงเป็นประเด็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว เมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเกิดภาระต่อครอบครัว ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจทั่วโลกรวม 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยประมาณ 50% ของค่าใช้จ่ายเหล่านี้มาจากการดูแลที่จัดให้โดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วให้การดูแลและเฝ้าดูแลประมาณวันละ 5 ชั่วโมง จึงทำให้คนดูแลมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นถึง 1 ใน 3 ราย[1, 3] และมีการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ประเทศไทย พบว่ามีรวมต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดเฉลี่ยต่อคนต่อปีในการรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนั้นทั้งที่เป็นต้นทุนทางตรงและทางอ้อมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 94,533.33 บาท จากผลการศึกษาเมื่อแยกตามระดับความรุนแรงของโรค สิ่งที่พบคือเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยก็จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการรักษา[4] นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งผลโดยตรงต่อการดูแลตนเองการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ คือ ความผิดปกติด้านความจำ ความผิดปกติด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity in daily life) และความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Behavior) ทำให้สูญเสียการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง[5] และยังพบยังมีหลักฐานพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 100 คนมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม 400 ครั้งซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ[6]

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนด Global action plan on the public health response to dementia โดยเน้นย้ำถึงการสร้างระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ครบวงจร (Comprehensive dementia care) ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา ไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในประเทศที่ก้าวหน้า เช่น เดนมาร์ก ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม[7] สำหรับประเทศไทย ได้มีความพยายามในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้มีความต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ จากสถานบริการสู่ชุมชน เน้นการบูรณาการด้านสุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งมีหลายพื้นที่ได้เริ่มพัฒนารูปแบบการดูแลในชุมชน (Community-based care model) ที่เน้นการฟื้นฟูและกระตุ้นสมองด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การวินิจฉัยและวางแผนบูรณาการโดยทีมสุขภาพร่วมกับครอบครัว ชุมชน การดูแลระหว่างโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ผ่านคลินิกผู้สูงอายุ และการประสานงานระหว่างศูนย์แพทย์ชุมชนกับโรงพยาบาลตติยภูมิ[3, 8-10] โดยรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ จะช่วยสร้างความเป็นเจ้าของร่วม (Ownership) ผ่านการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ ทำให้ชุมชนสามารถ ขับเคลื่อนและดำรงรูปแบบการดูแลไว้ได้ด้วยตนเอง แม้การสนับสนุนจากภายนอกจะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในบริบทของระบบดูแลระยะยาว การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นยุทธศาสตร์ที่จำเป็นในการเปลี่ยนผ่านจาก

ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลไปสู่การจัดการปัญหาสาธารณสุขในระดับฐานราก[8-10] ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

ในบริบทของเครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่แสดงให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องระหว่างการคัดกรองและการเข้าถึงบริการอย่างชัดเจน เครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถมีประชากรทั้งหมดจำนวน 72,572 คน ปี พ.ศ.2566-2567 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ขึ้นไป จำนวน 11,027, 11,848 และ 12,106 คนตามลำดับ มีผลการประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ADL พบว่าผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน 8,977, 9,961 และ 10,256 ราย ตามลำดับ ติดบ้าน จำนวน 253, 442 และ 328 ราย ตามลำดับ และติดเตียง จำนวน 39, 48 และ 33 รายตามลำดับ[11] จากข้อมูลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุ (Abbreviated Mental Test : AMT) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT ปีพ.ศ.2565-2567 จำนวน 7,816, 10,210 และ 10527 รายตามลำดับ พบว่าผิดปกติ จำนวน 128, 148 และ 439 รายตามลำดับ[12] และจากการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้รับการประเมิน วินิจฉัย และรับการรักษาดูแลจำนวน 5 และ 13 ราย ตามลำดับ[13] ซึ่งในปัจจุบันการให้บริการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย

ช่องว่างสำคัญที่พบในพื้นที่อำเภออาจสามารถคือ การส่งต่อและการดูแลที่ไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ระบบบริการที่มีอยู่ยังคงแยกส่วน โดยขาดระบบบริการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม ถึงแม้ว่าจะมีแนวคิดและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Community-based care model) จากหน่วยงานระดับชาติ และมีการริเริ่มในหลายพื้นที่ แต่ยังขาดรูปแบบการดูแลที่มีการบูรณาการภาคีเครือข่ายระดับปฐมภูมิ (รพ.สต. อสม. และ อบต.) อย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยเฉพาะรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สร้างความเป็นเจ้าของร่วม (Ownership) และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลเพื่อปิดช่องว่างการส่งต่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากให้เข้าถึงบริการได้อย่างครบวงจร ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการปิดช่องว่างของการบริการที่เข้าไม่ถึงชุมชน และจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based model) ในการขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทยต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

2.2 วัตถุประสงค์รอง

2.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

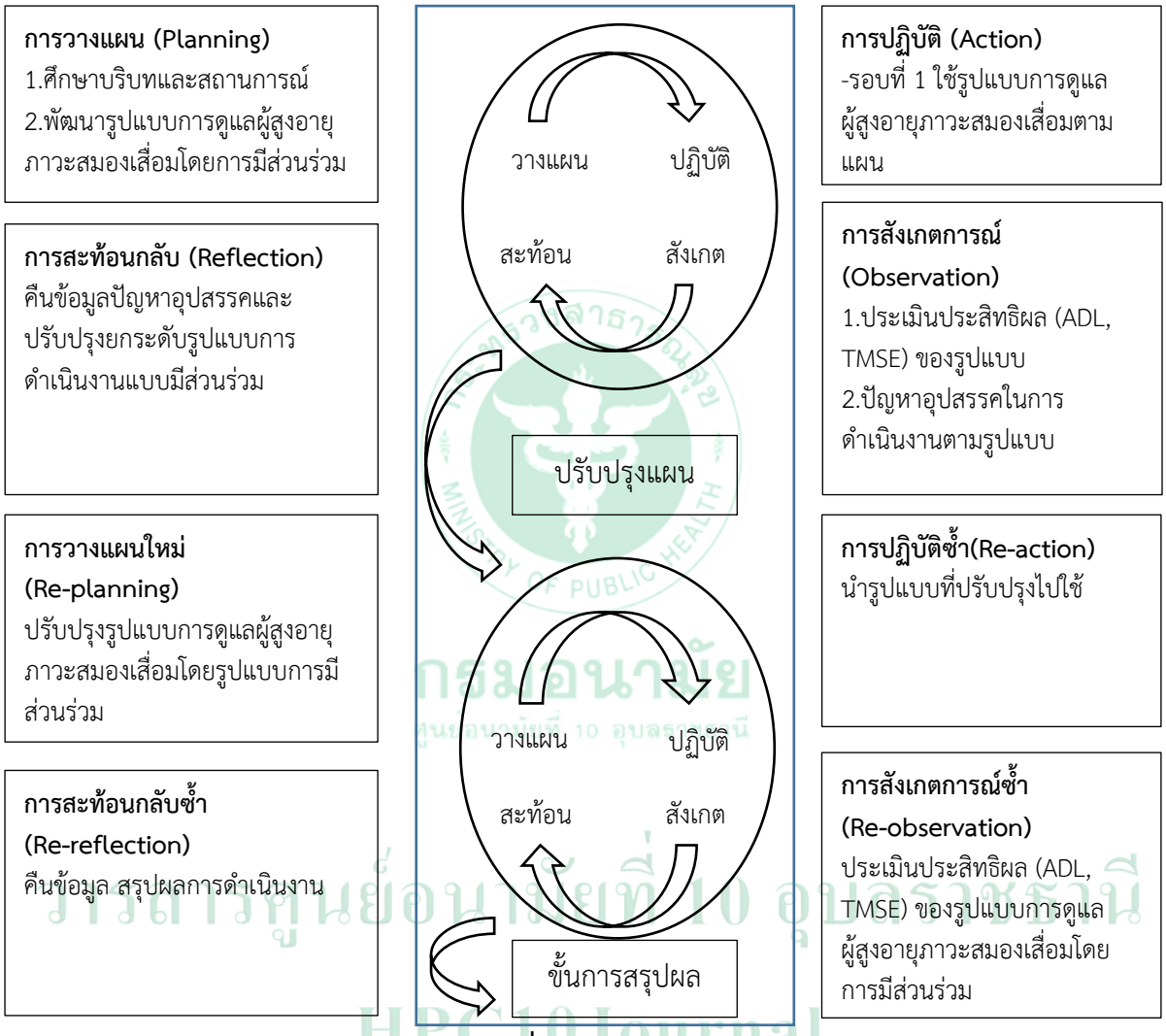
2.2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

2.2.3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

กรมอนามัย
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTagart[14] ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) 2 วงรอบ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม พื้นที่ศึกษาคืออำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาที่ทำการศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-ตุลาคม พ.ศ.2568

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population)

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการวางแผน นโยบาย และการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ในเขตอำเภออาจสามารถ รวมทั้งสิ้น 27 คน

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ เป็นผู้มีส่วนได้เสีย ในการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

3) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

ประชากร (Population) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะสมองเสื่อมและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำไว้ที่ 30 ราย โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลอาจสามารถและผู้ที่ผ่านการคัดกรองในระดับชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออก จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับจากวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางอายุรประสาทสมอง รพ.ร้อยเอ็ด เป็นโรคสมองเสื่อม มีรหัส ICD 10 และส่งต่อกลับมาดูแลต่อเนื่องในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอาจสามารถ
3. อาศัยอยู่ในภูมิลำเนาเขตอำเภออาจสามารถ
4. ประเมิน TMSE (Thai mental state examination) ได้คะแนน น้อยกว่า 24 คะแนน
5. สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง
6. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มผู้สูงอายุ

1. มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องส่งตัวเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นหรือเสียชีวิตระหว่างการศึกษา
2. ขอถอนตัวออกจากการศึกษา

4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การศึกษาระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ โดยการวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย คำถาม 5 ส่วน ดังนี้ 1. บริบทของพื้นที่ 2. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้มีส่วนได้เสีย 4. ความต้องการ 5. ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพัฒนา

2) การศึกษาระยะที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ ใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคร่วมทางกาย สถานภาพการอยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก และระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE < 24)

2. แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ADL โดยใช้ Barthel index[15] เพื่อประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ประเมิน (10 รายการ) ได้แก่ 1.การเคลื่อนไหว (Mobility) 2.การขึ้นลงบันได (Stairs) 3. การเดิน (Walking) 4. การถ่ายอุจจาระ (Bowel control) 5.การกลั้นปัสสาวะ (Bladder control) 6. การลุกนั่งจากเก้าอี้ไปเตียง (Transfer) 7. การรับประทานอาหาร (Feeding) 8. การอาบน้ำ (Bathing) 9. การแต่งตัว (Dressing) 10. การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) คะแนนรวมเต็ม 100 คะแนน

3. แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Cognitive function assessment) แบบประเมิน Mini-Mental state examination (MMSE-Thai 2002) Institute of geriatric medicine. (2002). Mini-mental state examination Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002)[16] คัดกรองภาวะสมองเสื่อมและบกพร่องทางสติปัญญาเบื้องต้นเนื้อหาที่ประเมิน 5 ด้านหลัก ได้แก่ 1. Orientation (การรับรู้เวลาและสถานที่) 2. Registration (การจดจำคำศัพท์ 3 คำ) 3. Attention and Calculation (สมาธิและการคำนวณ) 4. Recall (การจำคำที่เคยให้ไป) 5. Language (ภาษา เช่น การตั้งชื่อ การเขียน อ่าน ทำตามคำสั่ง) คะแนนเต็ม 30 คะแนน

4.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ADL โดยใช้ Barthel index[15] และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Cognitive function assessment) แบบประเมิน Mini-mental state examination (MMSE-Thai 2002) Institute of geriatric medicine. (2002). Mini-mental state examination Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002)[16] โดยนำสอบถามที่นำมาทดสอบหาความเที่ยงตรง (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถาม CVI เท่ากับ 0.96 ต่อจากนั้นได้นำไปหาความเชื่อมั่น ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 30 ราย ในโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด (Try-Out) ได้ค่าความเชื่อถือหรือความเที่ยงตรงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach' s alpha coefficient) ของเครื่องมือแบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ADL โดยใช้ Barthel index เท่ากับ 0.87 และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Cognitive function assessment) แบบประเมิน Mini-mental state examination (MMSE-Thai 2002) Institute of geriatric medicine. (2002). Mini-mental state examination Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002). กระทรวงสาธารณสุข เท่ากับ 0.90

4.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งตามระยะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาบริบทและสถานการณ์ (Research: R1) เป็นขั้นตอนการวางแผน (Planning) โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการระบุปัญหา (Problem Identification)

1. การสร้างพันธสัญญาและเตรียมความพร้อม: ประชุมร่วมกับทีมวิจัยและประสานภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และตัวแทน อบต. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างความเป็นเจ้าของร่วมในการแก้ปัญหา

2. การฝึกอบรมทีมเก็บข้อมูล: ฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยและ อสม. ในการใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม และ ADL เพื่อความเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. การประเมินก่อนการพัฒนา (Pre-test) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้สูงอายุ 30 ราย ด้วยแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index)[15] และแบบประเมินสมรรถภาพสมอง (MMSE-Thai 2002)[16] เพื่อเป็นฐานข้อมูลเปรียบเทียบ

4. การวิเคราะห์ช่องว่างการบริการ: ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) โดยให้ภาคีเครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์ สถานการณ์ ช่องว่างการส่งต่อ และความต้องการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาร่างรูปแบบการดูแล

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ (Development: D1) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) และการสังเกตการณ์ (Observation) วงรอบที่ 1

1. การร่วมร่างรูปแบบ (Co-designing): จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ตัวแทนเครือข่าย มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม เช่น การกำหนดบทบาท Dementia Care Coordinator และระบบ Fast-track

2. การลงมือปฏิบัติ (Action): นำรูปแบบที่พัฒนาร่วมกันไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ โดยมี Case Manager ประสานงานกับ อสม. และครอบครัว

3. การประเมินประสิทธิผลระยะสั้น (Observation): ประเมินผลลัพธ์ในวงรอบที่ 1 เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของ ADL และพฤติกรรมของผู้ป่วย

ระยะที่ 3: การปรับปรุงและประเมินประสิทธิผล (Research: R2) เป็นขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อเข้าสู่วงรอบที่ 2 (Re-planning, Re-action, Re-observation)

1. เวทีสะท้อนผล (Reflection): จัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อคืนข้อมูลผลการดำเนินงาน ร่วมกันอภิปรายปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ยิ่งขึ้น (Re-planning)

2. การประเมินประสิทธิผลหลังการพัฒนา (Post-test) เมื่อสิ้นสุดกระบวนการในวงรอบที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณซ้ำอีกครั้ง ด้วยแบบประเมิน Barthel Index[15] และ MMSE-Thai 2002[16] เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการพัฒนา

3. การสรุปและประมวลผล: ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4.7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ประเภท โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการพรรณนา การจัดกลุ่ม และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และในการเปรียบเทียบการทำกิจวัตรประจำวัน ADL และสมรรถภาพสมอง (Cognitive function assessment) โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ที่นัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RHPC10Journal

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ HE 2568-02-20-016 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568

6. ผลการวิจัย

6.1 บริบทและสถานการณ์

1. บริบทของพื้นที่ เครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถมีประชากรทั้งหมด 72,572 คน (ปี พ.ศ. 2567) มีลักษณะเป็นพื้นที่กึ่งชนบทที่มีความหลากหลายทางเศรษฐกิจ โดยมี อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ สูงถึง 16.7% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเล็กน้อย โครงสร้างประชากรสูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 11,027 คน (พ.ศ. 2565) เป็น 12,106 คน ในปี พ.ศ. 2567 สถานการณ์การทำกิจวัตรประจำวัน ปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม ติดสังคม 10,256 ราย (84.7%) อย่างไรก็ตาม พบกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ได้แก่ ติดบ้าน 328 ราย (2.7%) และ ติดเตียง 33 ราย (0.3%) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 13 แห่ง แต่ ขาดระบบบริการดูแลภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม ที่เชื่อมโยงการวินิจฉัยในโรงพยาบาลกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

2. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่แสดงให้เห็นถึง ความไม่สอดคล้องระหว่างการคัดกรองและการเข้าถึง อุบัติการณ์ที่ถูกคัดกรองโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุ (AMT) ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองผิดปกติสูงถึง 439 ราย (4.17% ของผู้รับการคัดกรองทั้งหมด 10,527 ราย) ซึ่งตัวเลขนี้สอดคล้องกับความชุกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (3.1%-5.0%)(6) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการประเมิน วินิจฉัย และรับการรักษาดูแล เพียง 13 ราย ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งหมายความว่ามีผู้สูงอายุที่ผลคัดกรองผิดปกติแต่ ไม่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษาดูแลต่อเนื่องถึง 426 ราย (97.0%) ซึ่งแสดงถึง ช่องว่างการส่งต่อและการดูแลที่ขาดหายไปอย่างรุนแรง

3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้มีส่วนได้เสีย การดูแลในปัจจุบันเป็นการดำเนินการที่ แยกส่วนและไม่สอดคล้องกัน โดยผู้มีส่วนได้เสียหลักได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ให้บริการเฉพาะการคัดกรองวินิจฉัยเบื้องต้นและการจ่ายยา ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล กับระบบปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รพ.สต. และ อสม. มีบทบาทหลักในการเยี่ยมบ้านและคัดกรองสุขภาพทั่วไป แต่ ขาดเครื่องมือเฉพาะทาง และความรู้ในการจัดการพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม ครอบครัว/ผู้ดูแล เฉลี่ยให้การดูแล 5 ชั่วโมงต่อวัน และมี อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสูงถึง 35% เนื่องจากการขาดการสนับสนุนและองค์ความรู้ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนด้านกายภาพ (เช่น วัสดุสำหรับซ่อมบ้าน) แต่ยังไม่รวมบริการทางสังคมหรือกิจกรรมบำบัด สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

4. ความต้องการ ผู้มีส่วนได้เสียหลักมีความต้องการที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาระบบการดูแล ดังนี้ 1) แนวทางการดูแลแบบบูรณาการ ต้องการแนวทางปฏิบัติที่เรียบง่าย และ เครื่องมือประเมินความก้าวหน้าที่ง่ายต่อการใช้งานในชุมชน การเพิ่มพูนศักยภาพ 2) ต้องการการฝึกอบรม อสม. และผู้ดูแลหลัก อย่างเป็นระบบในด้านการกระตุ้นการรู้คิด และการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน (ADL training) เพื่อชะลอความเสื่อมของโรค 3) การสร้างกลไกสนับสนุน เสนอให้มีการจัดตั้ง “เครือข่ายอาสาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม” ในระดับตำบล ร่วมกับ อบต. เพื่อจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองและลดภาระผู้ดูแล. 4) ระบบสารสนเทศ ต้องการระบบรายงาน

ข้อมูลและติดตามผล ที่เป็นระบบและรวดเร็ว เช่น ผ่าน Line group หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ

5. ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่วัดผลได้ในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการ 1) ผลลัพธ์ด้านบุคคล ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (ADL score) เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 10% ภายใน 6 เดือน 2) ผลลัพธ์ด้านครอบครัว สามารถลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว โดยลดสัดส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลลง เหลือไม่เกิน 20% 3) ผลลัพธ์ด้านระบบ เพิ่มความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในชุมชน (รพ.สต. อสม. อบต.) โดยมีอัตราการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยที่คัดกรองผิดปกติเพิ่มขึ้นเป็น 80% 4) ผลลัพธ์เชิงนโยบาย เกิดรูปแบบต้นแบบการดูแล ที่มีประสิทธิภาพและสามารถขยายผล ไปยังเครือข่ายสุขภาพอำเภออื่น ๆ ในระดับจังหวัดได้

6.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

บทบาทผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	วงรอบที่ 1 (ตั้งต้น/พื้นฐาน)	วงรอบที่ 2 (ปรับปรุง/บูรณาการ)
เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (พยาบาลวิชาชีพ)	การคัดกรองและการวินิจฉัย	คัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย AMT และ ADL ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	
เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (พยาบาลวิชาชีพ)	การคัดกรองและการวินิจฉัย	การดูแลและส่งต่อ	พัฒนาระบบ “Fast-Track” ส่งต่อผู้ป่วยผิดปกติ ไปยังคลินิกผู้สูงอายุ รพ.อาจสามารถ ภายใน 1 เดือน โดย การคัดกรองเชิงรุก และช่องทางส่งต่อพิเศษ ผ่าน Line Group ไปยังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อนัดพบแพทย์
		ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว	จัดตั้ง "Case Manager" (พยาบาลวิชาชีพ) เพื่อติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องและประสานงานกับ อสม. และครอบครัว
แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ (รพ.อาจสามารถ)	การวินิจฉัยและการรักษา	ประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่ที่ส่งต่อมาจาก รพ.สต.	จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) สำหรับปฐมภูมิ ในการจัดการและส่งต่อผู้ป่วย จัดทำ "Care Plan รายบุคคล" ร่วมกับครอบครัว และส่งแผนการดูแลกลับไปยัง รพ.สต. และ อสม.
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	การเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่อง	เยี่ยมบ้านและติดตามอาการทั่วไปตามระบบเดิม	ฝึกอบรมเพิ่มเติมด้าน Cognitive Stimulation และ ADL Training เพื่อเป็น “Dementia Care Coordinator” ประจำหมู่บ้าน รายงานผลการเยี่ยมบ้าน และปัญหาที่พบ ผ่าน ระบบสื่อสาร Line Group กลาง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบทันที

กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10 Journal

ตารางที่ 1 (ต่อ)

บทบาทผู้มีส่วนได้เสีย	กิจกรรม	วงรอบที่ 1 (ตั้งต้น/พื้นฐาน)	วงรอบที่ 2 (ปรับปรุง/บูรณาการ)
แกนนำผู้สูงอายุ (ชมรมผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน)	การมีส่วนร่วมและการสนับสนุน	จัดกิจกรรมออกกำลังกายทั่วไปตามปกติ	ก่อตั้ง “เครือข่ายอาสาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม” ในหมู่บ้าน จัดกิจกรรม “กระตุ้นสมองในชุมชน” อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การสวดสรภัญญะ การทำหัตถกรรมพื้นบ้านเช่น ธงเพื่อใช้สำหรับงานบุญประเพณีต่าง ๆ เป็นต้น
เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	การสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณ	สนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพตามวาระ	บรรจุแผนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สนับสนุนบุคลากร/งบประมาณ ในการจัดตั้งและดำเนินงานของ "เครือข่ายอาสาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม" 3. เข้าร่วมประชุม “ทีมบูรณาการการดูแลสมองเสื่อม” รายเดือนกับ รพ./รพ.สต. เพื่อแก้ปัญหาเชิงนโยบาย

6.3 ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถ

6.3.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 60 อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 46.70 รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30 ครึ่งหนึ่งมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.70 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่สมรสร้อยละ 60 มีโรคร่วมทางกายร้อยละ 100 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 73.33 และมีระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE<24) อยู่ในระดับปานกลาง (10-18 คะแนน) และระดับน้อย (19-23 คะแนน) ถึงร้อยละ 73.33 ของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	18	60.00
ชาย	12	40.00
ช่วงอายุ (ปี)		
60–69 ปี	9	30.00
70–79 ปี	14	46.67
≥ 80 ปี	7	23.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	13.33
ประถมศึกษา	17	56.67
มัธยมศึกษา	6	20.00
สูงกว่ามัธยมศึกษา	3	10.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.67
สมรส	18	60.00
หม้าย หย่าร้าง	10	33.33
โรคร่วมทางกาย		
ความดันโลหิตสูง	5	16.67
เบาหวาน	12	40.00
โรคหัวใจ/หลอดเลือด	10	33.33
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	13	43.33
สถานภาพการอยู่อาศัย		
บ้านตนเอง	27	90.00
อยู่กับครัวผู้ดูแล	3	10.00
ผู้ดูแลหลัก		
คู่สมรส	5	16.67
บุตรหลาน	22	73.33
อสม./ญาติ	3	10.00
ระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE < 24)		
ระดับน้อย (19-23 คะแนน)	10	33.33
ระดับปานกลาง (10-18 คะแนน)	12	40.00
ระดับรุนแรง (<10 คะแนน)	8	26.67

6.3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวัน ADL ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มการระบุจำนวนเดือน รูปแบบ

ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำกิจวัตรประจำวัน ADL หลังเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value<0.001 จาก 9.41 เป็น 10.56 คะแนน มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือไม่เช่นจากติดบ้านเป็นติดสังคม หรือกลุ่มพึ่งพาน้อยลงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทำกิจวัตรประจำวัน ADL ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ(n=30)

รูปแบบ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	*p*-value
หลังการพัฒนา (Post-test)	10.56	2.24		
ก่อนการพัฒนา (Pre-test)	9.41	1.87	5.43	<0.001

* สถิติ Paired t-test นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.3.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE < 24) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

คะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE) ของผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value<0.001 มีการเปลี่ยนแปลงระดับของภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ โดยก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ย 14.03 คะแนน และหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.27 คะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE<24) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=30)

รูปแบบ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	*p*-value
หลังการพัฒนา (Post-test)	16.27	4.36		
ก่อนการพัฒนา (Pre-test)	14.03	4.52	5.87	<0.001

* สถิติ Paired t-test นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. สรุปและอภิปรายผล

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมพบผู้สูงอายุที่มีผลผิดปกติสูงถึง 439 ราย แต่มีผู้ได้รับการวินิจฉัยและดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลเพียง 13 ราย ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึง ช่องว่างการส่งต่อและการดูแลที่รุนแรง สะท้อนถึงปัญหาเชิงระบบของการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่ต้องอาศัย การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ที่ยังไม่ดีพอในระดับปฐมภูมิ แม้ว่าระบบคัดกรอง จะสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงได้ แต่กลไกการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและการรักษา ในโรงพยาบาล และการติดตามผลหลังการกลับบ้านยังไม่เป็นระบบ[17] โดยเฉพาะการสื่อสารและประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในชุมชน ดังนั้น การค้นพบนี้จึงตอกย้ำความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบที่มุ่งเน้นการเชื่อมโยงระบบบริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการพัฒนาที่เกิดขึ้นเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนตลอด 2 วงรอบ โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ การสร้าง ระบบ Fast-track การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization (WHO)[18] ที่เน้นว่าการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับชุมชนต้องอาศัยการบูรณาการระบบสุขภาพขั้นปฐมภูมิเข้ากับโครงสร้างทางสังคมสอดคล้องกับการศึกษาในระดับนานาชาติที่พบว่า การตรวจพบและวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก (Early Diagnosis) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ช่วยเพิ่มโอกาสในการจัดการอาการทางพฤติกรรมและจิตใจได้ดีกว่าการตั้งรับในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว[19] การจัดทำ Care plan รายบุคคล โดยแพทย์การยกระดับศักยภาพ อสม. ให้เป็น Dementia care coordinator และการจัดตั้ง “เครือข่ายอาสาดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม” ร่วมกับ อบต. การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based participatory action research) สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน โดยใช้หลักการความเป็นเจ้าของร่วม (Ownership) ในการแก้ปัญหาสุขภาพระดับฐานราก[20] การดึงเจ้าหน้าที่ อบต. เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการในการจัดตั้งเครือข่ายอาสาดูแล ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ (Key success factor) เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการ สนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรเพื่อให้กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว[20] นอกจากนี้ การพัฒนากลไกการทำงานของ อสม. จากบทบาทผู้ช่วยทั่วไปไปสู่ Dementia care coordinator ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้าน ในการกระตุ้นสมองและฟื้นฟู ADL เป็นการนำเอาหลักการการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care) เข้ามาประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ Individual care plan ช่วยให้เกิดการบูรณาการในแนวดิ่งของข้อมูลและแผนการดูแลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ได้อย่างแท้จริง[21]

ผลการประเมินประสิทธิภาพ พบว่าภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคะแนนเฉลี่ยระดับภาวะสมองเสื่อม (TMSE) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ สนับสนุนแนวคิดเชิงประจักษ์ ที่ว่ารูปแบบนี้สามารถกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation programs) และ การฝึกฟื้นฟู ADL ให้มีประสิทธิภาพในการชะลอความเสื่อมของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[22-24] ซึ่งการเพิ่มขึ้นของการที่คะแนน ADL อย่างมีนัยสำคัญ ถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดในมุมมองของการสาธารณสุขและการดูแลระยะยาว เนื่องจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นตัวชี้วัดหลักที่สำคัญของคุณภาพชีวิต[22] การปรับปรุงความสามารถด้าน ADL นี้เป็นผล

โดยตรงจากการที่สมรรถภาพสมองดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความสามารถในการคิดวางแผนและลงมือปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นของผู้สูงอายุ อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของ ADL ยังมีแนวโน้มในการลดภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) และลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลในระยะยาวได้อีกด้วย[21] และคะแนน TMSE สะท้อนว่ากิจกรรมกระตุ้นสมองที่ถูกออกแบบและนำไปใช้โดยเครือข่ายชุมชนโรงพยาบาลอาจสามารถมีผลกระตุ้นการทำงานของสมองด้านการรู้คิด (Cognitive function) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพสมองและช่วยให้สมองหลั่งสารนิวโรโทฟินส์ ซึ่งช่วยเสริมความแข็งแรงของเซลล์ประสาทและชะลอความเสื่อมถอยของสมองได้จริง[23, 24] สอดคล้องกับงานวิจัยสากลด้าน Cognitive Stimulation Therapy (CST) ที่ระบุว่าการจัดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดสามารถชะลอการเสื่อมถอยของหน้าที่สมองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[25]

สรุปได้ว่า รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นนี้โดยการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืน ผ่านการจัดตั้งเครือข่ายอาสาดูแล และการสนับสนุนจาก อบต. ทำให้สามารถถ่ายทอดเทคโนโลยีการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ปฐมภูมิ และ ปิดช่องว่างการส่งต่อ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก จึงเป็นยุแนวทางที่จำเป็นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับระบบดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างกว้างขวาง

8. ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่นำมาประเมินประสิทธิผล ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ถูกคัดกรองว่า "ผิดปกติ" (AMT abnormal) ซึ่งไม่ใช่การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมที่ยืนยันโดยมาตรฐานทางการแพทย์ (Clinical diagnosis) ทำให้ความแม่นยำในการระบุ ความรุนแรงของโรคที่แท้จริง ของกลุ่มตัวอย่างอาจยังไม่สมบูรณ์

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลัง อาจได้รับอิทธิพลจากตัวแปรกวนที่ควบคุมไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของโรคในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา หรือปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนที่ไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในกระบวนการวิจัย ซึ่งอาจมีผลทำให้คะแนน ADL และ TMSE ที่เพิ่มขึ้นนั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากรูปแบบการพัฒนาเพียงอย่างเดียว

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1.ควรเพิ่มเติมการประเมินและติดตามผล ภาระของผู้ดูแลหลัก (Caregiver burden) อย่างเป็นระบบในแผนการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถจัดหาบริการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม (เช่น กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หรือการจัดบริการดูแลทดแทน) เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสังคมที่สำคัญ

2. การใช้เครื่องมือวินิจฉัยมาตรฐานในปฐมภูมิ ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือประเมินสมรรถภาพการรู้คิดเชิงฟังก์ชัน (Functional cognitive assessment: F-COG) หรือการทดสอบสมองที่ละเอียดขึ้นนอกเหนือจาก AMT (เช่น MoCA-Thai หรือ TMSE) ในการวินิจฉัยเบื้องต้น เพื่อให้การจัดทำ Care plan รายบุคคล มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคที่แท้จริง

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) ควรพิจารณา บรรจุรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นกิจกรรมหลักที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่ากิจกรรมของ "เครือข่ายอาสาดูแล" และการฝึกอบรม อสม. จะดำเนินไปได้อย่างยั่งยืนในพื้นที่

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบ การวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) หรือการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยมีระยะเวลาติดตามผล อย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมิน ประสิทธิผลในระยะยาว ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ควรมีการรวม ตัวชี้วัดด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health economics) ในการวิจัยครั้งต่อไป เช่น การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) ของรูปแบบ เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจเชิงนโยบายสำหรับการลงทุนด้านการดูแลภาวะสมองเสื่อมในระดับชาติ

10. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dementia [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 7]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia.
2. Poon AN, Xiang Y, Zavalishina Y, Ayanian S, Aitken CF, Procter AC, et al. Systematic review estimating the burden of dementia in the WHO Southeast Asia Region using Bayesian and frequentist approaches. Journal of Global Health. 2020;10(2):020701.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ภาวะสมองเสื่อม ป่วยเพิ่มปีละ 1 แสนราย [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://thaitgri.org/?p=38965.
4. ศุภมาส อำพล, นิตยา เพ็ญศิรินภา และพรทิพย์ กีระพงษ์. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(2):62-71.
5. Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. Bmj. 2021;372.
6. Zhang W, Low L-F, Schwenk M, Mills N, Gwynn JD andClemson L. Review of gait, cognition, and fall risks with implications for fall prevention in older adults with dementia. Dementia and geriatric cognitive disorders. 2019;48(1-2):17-29.
7. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025 [Internet]. 2017 [cited 2025 Oct 7]. Available from: https://www.who.int/publications/ i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025.
8. การพัฒนารูปแบบและเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน [อินเตอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://buuir.buu.ac.th/handle/1234567890/3981.
9. อัจฉราภรณ์ ใจกล้าม, กัญญาณัฏฐ์ สาธกธรณ์ธันย์, นราวดี สมฤทธิวรากุล และวรลักษณ์ คิดอ่าน. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2568;5(2):15-29.
10. บุษกล ศุภอักษร. ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2567;38(3):1-14.

11. Health Data Center. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน; 2567.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT ปีพ.ศ. 2565-2567; 2567.
13. โรงพยาบาลอาจสาสมารถ. ข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลอาจสามารถ ปี พ.ศ. 2567; 2567.
14. dan Mc Taggart K. The Action Research Planner. Deakin: Deakin University Press; 1988.
15. Laohaprasitiporn P, Jarusriwanna A andUnnanuntana A. Validity and Reliability of the Thai Version of the Barthel Index for Elderly Patients with Femoral Neck Fracture. Journal of the Medical Association of Thailand. 2017;100(5).
16. อรวรรณ์ คูหา, บูริณี บุญมีพิพิธ, จิตนภา วณิชวโรตฒ์ และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย(TMSE) ในหารคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2552;10(1):19-24.
17. สุปัญญา นนทะเสน. การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในระบบการดูแลระยะยาว: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):285-93.
18. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025 [Internet]. 2017 [cited 2025 Dec 17]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025.
19. Prince M, Bryce R andFerri C. World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention: Alzheimer's Disease International London; 2011.
20. อัจฉราภรณ์ ใจกล้า, กัญญาณัฏ ฐ์ สาธกธรณ์ธันย์, นราวดี สมฤทธิวรากุล และวรลักษณ์ คิดอ่าน. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2568(2):15-29.
21. พิสมัย ศรีทำนา และฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสาริจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2523;4(3):192-202.
22. สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอาทิตยา สุวรรณ์. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่เสี่ยงหรือมีภาวะสมองเสื่อม. วารสารสภากาชาดไทย. 2559;9(2):145-58.
23. กันตาภัทร บุญวรรณ, พรพรรณ พุ่มประยูร, บุรัสกร จันทร์ศรี, ตฤณ ทิพย์สุทธิ์ และ กลยา มั่นล้วน. การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการบริหารนิ้วมือ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2568;19(1):298-307.
24. ผกามาศ พิมพ์ธารา. ผลของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สุงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
25. Aguirre E andWerheid K. Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures. Cognitive Stimulation Therapy for Dementia: Routledge; 2017:177-93p.

บทความวิจัย

ผลของรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

จันทิมา ทองอ่อน [1], ชนาพร ฉิมมะลี [2*], เมชาวี ทรัพย์สมบัติ [3], ระพีพันธ์ วงศ์สิทธิ์ [4] อรรถพงษ์ ฤทธิทิศ [5] และ กรกวรรษ ดารุนิกร [6]

(วันรับบทความ 16 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 22 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 22 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท เป็นกรอบในการดำเนินการวิจัย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน และมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนเมือง จำนวน 27 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สัญญาณเตือน และแบบสอบถามทักษะในการป้องกันตนเอง แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha; α) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (α=0.969) 2) แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (α=0.819) 3) แบบสอบถามทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง (α=0.856) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.001) ได้แก่ ความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยง (MD=3.63; 95%CI=2.87 to 4.38) ความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือน (MD=2.22; 95%CI=1.71 to 2.72) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง (MD=5.85; 95%CI=4.94 to 6.76) การรับรู้สัญญาณเตือน (MD=3.96; 95%CI= 3.16 to 4.76) และทักษะในการป้องกันตนเอง (MD=3.00; 95%CI=1.85 to 4.52) ดังนั้นควรพิจารณาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน หรือสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมทักษะการป้องกันตนเอง ช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และสนับสนุนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเสี่ยงในยุคปัจจุบัน

คำสำคัญ : การส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเอง การรับรู้สัญญาณเตือน กลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง

[1,2,3]นักศึกษา, สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล (วิทยาเขตอำนาจเจริญ), อำนาเจริญ, ประเทศไทย 37000
[4]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนเมือง, อำนาเจริญ, ประเทศไทย 37180
[5,6] อาจารย์, สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล (วิทยาเขตอำนาจเจริญ), อำนาเจริญ, ประเทศไทย 37000
*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: chanaphon.chim@gmail.com

Research Article

Effects of a Self-Protection Skill Promotion Model among Stroke Risk Groups in Mai Klon Subdistrict, Phana District, Amnat Charoen Province

Junthima Thongon[1] , Chanaphon Chimmalee[2*] , Mechawee Sapsombut[3], Rapeepan Vongsitt[4], Attapong Rititit[5] and Kornkawat Darunikorn[6]

(Received: May 16 2025; Revised: December 22 2025; Accepted: December 22 2025)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a self-protection skill promotion model among stroke risk groups, utilizing the concept of Kemmis and McTaggart as the operational framework. The study was conducted over a period of three months, from February to April 2025. The sample group consisted of 27 individuals at risk of stroke, diagnosed with hypertension or diabetes mellitus, who received services at Ban Phon Mueang Subdistrict Health Promoting Hospital. The participants were selected using purposive sampling. Research instruments included a knowledge assessment, a warning sign perception questionnaire, and a self-protection skill questionnaire. The questionnaires were tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient (α). The reliability coefficients were as follows: (1) the stroke knowledge questionnaire (α=0.969); (2) the stroke warning signs perception questionnaire (α=0.819); and (3) the self-preventive skills for stroke questionnaire (α=0.856). Data were analyzed using descriptive statistics and a Paired sample t-test.

The results revealed that after the intervention, the sample group showed significantly higher mean scores in all aspects (p-value<0.001). These improvements included general knowledge and risk factors (MD=3.63; 95%CI=2.87 to 4.38), knowledge of warning signs (MD=2.22; 95%CI=1.71 to 2.72), overall stroke knowledge (MD=5.85; 95%CI=4.94 to 6.76), perception of warning signs (MD=3.96; 95%CI=3.16 to 4.76), and self-protection skills (MD=3.00; 95%CI=1.85 to 4.52). Therefore, the application of digital technologies, such as smartphone applications or social media platforms, should be considered as tools to promote self-protection skills. This approach would enhance access to health information and support learning that aligns with the context of at-risk groups in the modern era.

Keyword : Self-protection skill promotion, Perception of warning signs, Risk groups, Stroke

[1,2,3]Student, Bachelor of Public Health, Mahidol University (Amnat Chareon Campus), Thailand 37000
[4]Professional Nurse, Ban Phon Mueang Subdistrict Health Promoting Hospital, Thailand 37180
[5,6] Professor, Bachelor of Public Health, Mahidol University (Amnat Chareon Campus), Thailand 37000
*Corresponding author Email: chanaphon.chim@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และความพิการของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ลักษณะของโรคเกิดจากการที่หลอดเลือดซึ่งไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบ ตัน หรือแตก ทำให้สมองขาดเลือด และออกซิเจน ส่งผลให้เซลล์สมองบางส่วนตายภายในระยะเวลาอันสั้น[1] ความเสียหายดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะอัมพาตถาวร หรือเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที นับว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องอาศัยการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคอย่างรวดเร็ว และแม่นยำ[2]

ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน[3] นอกจากนี้ยังเริ่มพบโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยทำงาน และวัยกลางคนอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียดเรื้อรัง การพักผ่อนไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[4] ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมองในที่สุด

จากข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5] ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดระบบการดูแลป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยในชุมชนบ้านดอนหวาย ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 และผู้ป่วยทุกรายมีโรคประจำตัวร่วมคือความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน อีกทั้งจากการลงพื้นที่สำรวจยังพบว่าประชาชนในชุมชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อันส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง หรือเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทันท่วงที นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน การพิการถาวร และการเสียชีวิต การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งสองโรคนี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบหลอดเลือด เบาหวานส่งผลให้เกิดภาวะอักเสบในผนังหลอดเลือด และความดันโลหิตสูงทำให้เกิดแรงกดดันต่อหลอดเลือดจนเสื่อมสภาพ[6] การมีทั้งสองภาวะร่วมกันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดตีบตัน และชนิดหลอดเลือดแตกได้มากยิ่งขึ้นด้วยเหตุนี้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการดูแลตนเองให้แก่ประชาชน ซึ่งรวมถึงการรับรู้สัญญาณเตือนเบื้องต้นของโรค การเข้าใจประโยชน์ของการป้องกัน การลดอุปสรรค และการมีแผนการจัดการตนเองที่เหมาะสม[7] แนวคิดนี้สามารถเชื่อมโยงกับหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่เน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และการฝึกฝนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

จากบริบทของชุมชนในพื้นที่ตำบลไม้กลอน พบว่าการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองยังมีข้อจำกัด จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองที่สอดคล้องกับสภาพสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรในชุมชน โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ในการออกแบบกระบวนการ ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการฝึกอบรม การให้ข้อมูลสุขภาพ และการเรียนรู้ผ่านแบบอย่างจริง การสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชนถึงความรุนแรงของ

โรค โอกาสเสี่ยง และประโยชน์ของการป้องกัน จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และลดภาวะเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อให้เกิดแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่อื่นต่อไปอย่างยั่งยืน การศึกษานี้จะช่วยให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

3. คำถามการวิจัย

1. ภายหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยง, ความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือน, ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง) เพิ่มขึ้นหรือไม่

2. ภายหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นหรือไม่

3. ภายหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นหรือไม่

4. สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการได้รับรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (ความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยง, ความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือน, ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังการได้รับรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภายหลังการได้รับรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

ศึกษาและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน รวมถึงสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินกิจกรรมตลอดจนการประเมินผล โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PLD) การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น ร่วมกับแบบสอบถาม สะท้อนให้เห็นถึงทักษะความรู้ และการรับรู้ในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาสถานการณ์ในชุมชน พบว่า ชุมชนมีการตระหนักถึกปัญหาที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองและแสดงความต้องการที่จะแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งปัญหาหลักที่พบคืออ การขาดความรู้ ทักษะ และการรับรู้ที่เพียงพอต่อวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการขาดความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

ดำเนินการในรูปแบบการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยมีการนำแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนของสังสังคมมาร่วมบูรณาการกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองสุขภาพมาสกัดออกมาโดยได้เป็นรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองโดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้
- ให้ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง
- สร้างเสริมทักษะความตระหนักเกี่ยวกับสัญญาณเตือน
- ให้ความในการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง
- กิจกรรมออกกำลังกายด้วยขวดน้ำ
- ให้ความรู้ในเรื่องของโภชนาการการรับประทานอาหารโดยจะมีการประเมินทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะที่ 3 ขั้นสังเกตผล (Observation)

จากการดำเนินกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อความรู้เรื่องโรค การรับรู้สัญญาณเตือน และทักษะในการป้องกันตนเอง โดยใช้แบบสอบถามในการวัดความรู้ สถานการณ์จำลองวัดทักษะเพื่อนำผอนำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านวิธีทำแบบสอบถามพบว่า รูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับรูปแบบมีการพัฒนาความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น มีการจดจำสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น และเพิ่มทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ผู้วิจัยได้จัดการประชุมประชาคมเพื่อการถอดบทเรียนซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมโดยกลุ่มเสี่ยงได้แลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปเพื่อนำไปไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและสามารถนำผลที่ได้ไปไข้ในการขยายผลการดำเนินโครงการในพื้นที่ที่มีปัญหาหรือบริบทที่คล้ายคลึงกัน

การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

6. วิธีการดำเนินการวิจัย

6.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง แบบ Pre-test post-test only design โดยใช้แนวคิดของเคมมิสและแมคแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart)[9] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observations) การสะท้อนผล (Reflection) ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2568

6.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโรคหิตสูง หรือโรคเบาหวาน และมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนเมือง ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่บ้านดอนหวาย ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน และมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนเมือง ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 27 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้พูดคุยสื่อสารรู้เรื่อง และอ่านออกเขียนได้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์

2) ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ

3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1) ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นคนไร้ความสามารถ

2) ผู้ที่มีประวัติบกพร่องด้านความจำ

3) ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยเจ็บป่วยกะทันหันในระหว่างการดำเนินการวิจัย

6.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกัน ดังนี้

$$\mathbf{n/gr} = \frac{(\mathbf{Z_\alpha} + \mathbf{Z_\beta})^2 \boldsymbol{\sigma}_\mathbf{d}^2}{(\boldsymbol{\mu}_\mathbf{d})^2}$$

เมื่อกำหนดให้ n คือ ตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

Z_α คือ ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐาน กำหนดระยะความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.96

Z_β คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบที่ 80 % เท่ากับ 0.84

μ_d คือ ค่าเฉลี่ยของผลต่าง เท่ากับ 2.17

σ_d^2 คือ ความแปรปรวน เท่ากับ 3.68

$$\mathrm{n/gr} = \frac{(1.96+0.84)^2 3.68^2}{(2.17)^2} = \left(\frac{736}{155}\right)^2 = 22.54$$

ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการติดตาม ที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 20 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวณที่ต้องการจะศึกษา ดังนี้

$$nnds = \frac{N}{(1-d)}$$

เมื่อกำหนดให้ *nnds* = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

N = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

d = สัดส่วนการตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม

$$nnds = \frac{N}{(1-d)} = \frac{22.54}{(1-0.20)} = 27$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เท่ากับ 27 คน

6.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 27 คน

6.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

6.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ สร้างการรับรู้ และเพิ่มทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พื้นที่ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การรักษา และการป้องกันโรค โดยมีสื่อ ประกอบการให้ความรู้ ดังนี้

1. สื่อการสอนที่เป็น power point ใช้สำหรับสอนเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการสำคัญของโรค ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน

2. โปสเตอร์สรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน การรักษา และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้

1. การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สัญญาณเตือน การจัดการเกี่ยวกับ การสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีโปสเตอร์สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ติดไว้ที่ศาลากลางบ้านเพื่อสร้างความตระหนักให้กับชุมชน

2. การให้ความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การปรุงประกอบอาหารที่เหมาะสม การเลือกบริโภคอาหารที่จำหน่ายในชุมชน การชั่ง ตวง วัด เครื่องปรุง

การให้ความรู้ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับท่าทางการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ท่าทางการออกกำลังกาย โดยมีโปสเตอร์ท่าทางการออกกำลังง่าย ๆ ด้วยขวดน้ำ ติดไว้ที่ศาลาประชาคมเพื่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายของคนในชุมชน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกาย

การทำกิจกรรมกลุ่มในการออกกำลังกายทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 17.00 นาฬิกา ณ ศาลาประชาคม หมู่14 บ้านดอนหวาย โดยมีการออกกำลังกายด้วยขวดน้ำ บาสโลป และแอโรบิค

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการสาธิต การปฏิบัติ

1. การสาธิต การออกกำลังกายตามท่าทางต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และ เหมาะสมกับช่วงวัยผู้สูงอายุ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

2. การสาธิต การตรวจค่าความเค็ม ค่าน้ำตาล จากเครื่องมาตรฐาน

6.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ครั้งล่าสุด ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด โรคประจำตัว สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การอยู่อาศัย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สถานบริการที่เข้ารับบริการสุขภาพ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open-ended questionnaires)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยง 2) ความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือน 3) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการวัดเป็นถูกหรือผิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ โดยที่ 5 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ โดยที่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย และ 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติประจำ

6.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วนสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ และครบถ้วน ตามตัวแปรที่ต้องการวัดในกรอบแนวคิด ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ คุณภาพของแบบสอบถาม โดยพิจารณาแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ (Content Valid Index = 0.960)

2. การทดสอบใช้เครื่องมือ (Try out) ทำการทดสอบเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษา โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในบ้านโพนเมือง หมู่ 11 ตำบลไม้กลอน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนเมือง จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบสอบถามทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง นำมาตรวจสอบหาค่าความเที่ยงภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาชแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 0.969 2) แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 0.819 3) แบบสอบถามทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง 0.856

6.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.จัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมือง อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

2. ประชุมชี้แจงคณะทำงาน เพื่อเตรียมแผนการดำเนินวิจัยในครั้งนี้

3. ดำเนินการวิจัยตามแนวทางการวิจัยในการกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

4. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังการอบรม โดยผู้ให้ข้อมูลจะต้องแสดงเจตนายินยอม (Informed consent) ก่อนบันทึกข้อมูล

5.ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ แปลผล และสรุปผล

ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 โดยการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) คือการศึกษาสภาพปัญหาของโรคหลอดเลือดสมอง การทบทวนวรรณกรรมเรื่องความรู้ การรับรู้สัญญาณเตือน ทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง และเก็บข้อมูลจากผู้พัฒนารูปแบบนำมาสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การทบทวนวรรณกรรม (literature review) ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review) เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้ การป้องกันตนเองและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลวิชาการระดับชาติและนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับ ได้แก่ PubMed, Google Scholar และ ThaiJo

2) ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning development) การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น ร่วมกับแบบสอบถาม สะท้อนให้เห็นถึงทักษะความรู้ และการรับรู้ในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่จัดทำโดยผู้วิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ การรับรู้สัญญาณเตือน ทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดในสมอง

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) ทำการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินทักษะในการป้องกันตนเอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมา (Feedback) ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่จัดทำขึ้น โดยมีขั้นตอนการสะท้อนผลการดำเนินงาน 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานตามแผนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และได้จัดการประชุมประชาคมเพื่อการถอดบทเรียนซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมโดยกลุ่มเสี่ยงได้แลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปเพื่อนำไปใช้ใช้ในการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันโรคหลอดเลือด

2) ส่งต่อรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่จัดทำโดยผู้วิจัย เพื่อขยายผลในพื้นที่ต่างในหน่วยบริการสุขภาพ

6.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบถ้วนและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเครื่องมือแล้วผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistics Package for Social Sciences (SPSS) โดยสามารถจำแนกสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ในกรณีข้อมูลไม่ต่อเนื่อง (Discrete Data) แจกแจงด้วยค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ในกรณีที่ข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous Data) จะพิจารณาการกระจายของข้อมูล หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) จะทำการแจกแจงด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation,

SD) และหากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ (non- Normal Distribution) จะทำการแจกแจงด้วยค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) และค่า Min-Max

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้อาการเตือน และทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดลเลือดสมอง โดยหากเป็นกรณีการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Within Group) จะใช้สถิติวิเคราะห์ Paired sample t-test

6.9 การพิจารณาด้านจริยธรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คุ้มครองสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยดำเนินการตามหลักจริยธรรมในการวิจัย โดยได้จัดทำหนังสือขอพิจารณาด้านจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อให้ตรวจสอบ และรับรองการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ (เลขหนังสือ 30/2568) เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

7. ผลการวิจัย

ซึ่งผลการวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศชายร้อยละ 59.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 60 ปีขึ้นไป (S.D. = 8.20) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 44.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.38 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.96 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 55.57 และอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาร้อยละ 59.27 โดยส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 81.48 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 74.08 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 48.2 ด้านการเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลสุขภาพและโรงพยาบาลรัฐบาลร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้รับรูปแบบการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 27 คน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	11	40.7
ชาย	16	59.3
อายุ		
ระหว่าง 30-39	2	7.4
ระหว่าง 50-59	8	29.64
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	17	62.96
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	59.55 (8.20)	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	(35 – 70)	
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)*		
≤18.49	3	11.11
18.50 - 22.99	12	44.44
23.00 – 24.99	8	29.63
25.00 – 29.99	4	14.82

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	13	48.2
โรคเบาหวาน	8	29.6
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	6	22.2
สถานภาพ		
โสด	6	22.22
สมรส	17	62.96
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	4	14.81
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	70.38
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	11.11
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.70
อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)	3	11.11
ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1	3.70
อาชีพ		
เกษตรกรรม	15	55.57
รับจ้างทั่วไป	7	25.93
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	3.70
แม่บ้าน	2	7.40
ว่างงาน	2	7.40
อาศัยอยู่กับ		
สามี/ภรรยา	16	59.27
ลูกหลาน	9	33.33
อยู่คนเดียว	2	7.40
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	20	74.08
เคยสูบ	4	14.81
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	3	11.11
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	2	7.40
เคยดื่ม	22	81.48
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	3	11.11
การเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการ		
รพ.สต/สถานีอนามัยใกล้บ้าน	27	100
โรงพยาบาลรัฐบาล	27	100

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

***ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)**; (<18.5[น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์], 18.5 – 22.99 [อยู่ในเกณฑ์ปกติ], 23 – 24.99 [น้ำหนักเกินเกณฑ์], 25 – 29.99 [อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน], 30 ขึ้นไป [อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนอันตราย])

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น 3.63 คะแนน (95%CI=2.87 to 4.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 27 คน

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	n	X (S.D.)	Mean difference (S.D.)	95% Mean Difference Lower	Upper	*p*-value
ความรู้ทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงในโรคหลอดเลือดสมอง						
ก่อนทดลอง	27	5.96 (1.80)	3.63 (1.90)	2.87	4.38	<0.001
หลังทดลอง	27	9.59 (1.82)				

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น 2.22 คะแนน (95%CI= 1.71 to 2.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการ สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 27 คน

ความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	n	X (S.D.)	Mean difference (S.D.)	95% Mean Difference Lower	Upper	*p*-value
ก่อนทดลอง	27	2.67 (1.27)	2.22 (1.28)	1.71	2.72	<0.001
หลังทดลอง	27	4.89 (0.84)				

ส่วนที่ 4 ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาความรู้โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น 5.85 คะแนน (95%CI=4.94 to 6.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	n	X (S.D.)	Mean difference (S.D.)	95% Mean Difference Lower	Upper	*p*-value
ก่อนทดลอง	27	8.63 (2.31)	5.85 (2.29)	4.94	6.76	<0.001
หลังทดลอง	27	14.48 (2.18)				

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RPC10Journal

ส่วนที่ 5 การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น 3.96 คะแนน (95%CI=3.16 to 4.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	n	X (S.D.)	Mean difference (S.D.)	95% Mean Difference Lower	Upper	*p*-value
ก่อนทดลอง	27	22.52 (2.20)	3.96			
หลังทดลอง	27	26.48(2.54)	(2.02)	3.16	4.76	<0.001

ส่วนที่ 6 ทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น 3.00 คะแนน (95%CI=1.85 to 4.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

ทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง	n	X (S.D.)	Mean difference (S.D.)	95% Mean Difference Lower	Upper	*p*-value
ก่อนทดลอง	27	8.87 (5.98)	3.00	1.85	4.52	<0.001*
หลังทดลอง	27	11.87 (7.88)	(1.90)			

8. อภิปรายผล

1. ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาวีญ์ ต้นสวรรค์ และอุษนีย์ รามฤทธิ์ (2566)[10] ซึ่งศึกษาผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยใช้เครื่องมือในการศึกษา คือแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการดำเนินงาน 3 กระบวนการ ดังนี้

1) กระบวนการสังเกตตัวเอง 2) กระบวนการตัดสินใจ 3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา โดยพบว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของ พรธิรา บุญฉวี (2566)[11] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาทั้งสองฉบับข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพูนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ

2. การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) แสดงให้เห็นว่า การดำเนินกิจกรรมหรือการให้ความรู้ที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติ บุญถวัลย์ ปานะวงศ์ และคณะ (2556)[12] ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 3.13 (SD=0.42) สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลังได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การศึกษาของ อานัต วรรณะ (2561)[13] ยังสนับสนุนผลการศึกษานี้ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และให้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมเมื่อมีอาการเตือน โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.224, p-value 0.001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนมีความรู้และสามารถจดจำสัญญาณเตือนได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้พวกเขาสามารถตัดสินใจหรือเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ลดความรุนแรงของโรค และเพิ่มโอกาสรอดชีวิต

ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงยืนยันว่า การพัฒนาองค์ความรู้ด้านสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันและลดความเสี่ยงของโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชนที่ยังขาดแคลนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัย.

3. ทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิราวรรณ จันทมูล และคณะ (2556)[14] ใช้ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่าการพัฒนาการรับรู้และการจัดการอาการเตือนของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและผู้ดูแล ส่งผลให้พฤติกรรมการควบคุมโรคและการจัดการอาการเตือนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างทักษะในการป้องกันตนเองสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

นอกจากนี้ การศึกษาของ ศิริรัตน์ ผ่านภพ (2563)[15] เรื่อง “ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง”โดยใช้โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 12 สัปดาห์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ทั้งด้านการควบคุมความดันโลหิต การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผลการศึกษาทั้งสองฉบับข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างทักษะในการป้องกันตนเองสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยการให้ความรู้และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ

9. ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาจมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร หรือความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยมีจำกัด จึงอาจไม่สามารถติดตามผลระยะยาวของรูปแบบที่พัฒนาได้

10. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระดับชุมชน โดยเฉพาะการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเอง และการรับรู้สัญญาณเตือนโรค เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

2) หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการวางแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาการใช้เทคโนโลยี แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน หรือการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการส่งเสริมทักษะในการป้องกันตนเอง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและทันสมัย

11. เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart Attack and Stroke. Dallas: American Heart; 2022.
2. American Heart Association. Stroke. Dallas: American Heart Association; 2025.
3. Israel BA and McLeroy KR. Introduction. Health Education Quarterly. 1985;12(1):1-4. doi:10.1177/109019818501200101
4. โรงพยาบาลขอนแก่น ราม. ภัยเงียบจาก NCDs โรคจากพฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น ราม. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.khonkaenram.com/th/services/health-information/health-articles/med/ncds
5. คณิตภรณ์ อุทุมพร, ประเสริฐ ประสมรักษ์, ญาณวรรณ ชมนา, ยลฤดี ด้วงแป้น และ สายไหม อรอินทร์. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้วยภาษาท้องถิ่นต่อการรับรู้และการจดจำอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ. RDHSJ 2567;17(2):82-95.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Risk Factors for Stroke. CDC; 2024 [cited 2025 May 16]. Available from: https://www.cdc.gov/stroke/risk-factors/index.html
7. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change [Internet]. Stanford: Stanford University; 1997 [cited 2025 May 16]. Available from: https://educational-innovation.sydney.edu.au/news/pdfs/Bandura%201977.pdf
8. Becker MH and Maiman LA. Health Belief Model: HBM [Internet]. 1975 [cited 2025 May 16]. Available from: https://www.gotoknow.org/posts/611058
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.

10. กัญญาวีญ์ ต้นสวรรค์ และ อุษนีย์ รามฤทธิ์. การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. ech 2566;8(1):143-52.
11. พรธิรา บุญฉวี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
12. ประไพ กิตติบุญถวัลย์, ศิริธร ยิ่งเรงเริง และ ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา. การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. NJPH 2557;23(3):132-41.
13. อาณัติ วรรณะ. การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2562.
14. วิราวรรณ จันทมูล และ ดวงฤทัย สุขวงค์. ผลการพัฒนาการรับรู้และการจัดการอาการเตือนของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและผู้ดูแล ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและการจัดการอาการเตือน. J Thai Stroke Soc 2557;13(3):53.
15. ศิริรัตน์ ผ่านภพ, นภาเพ็ญ จันทขัมมา และ มุกดา หนุ่ยศรี. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. RDHSJ 2563;13(2):528-38.

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากหมอกควัน ในจังหวัดมุกดาหาร

ศราวุธ ทองเพื่อง[1*]

(วันรับบทความ 16 มิถุนายน 2568, วันแก้ไขบทความ 22 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 22 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากหมอกควันในจังหวัดมุกดาหาร โดยวิเคราะห์สถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในช่วงปี 2566-2567 และเชื่อมโยงกับข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศในช่วงปี 2564-2567 พบว่าสถานการณ์ PM2.5 ในปี 2567 มีแนวโน้มรุนแรงกว่าปี 2566 โดยเฉพาะในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน ซึ่งมีค่าเฉลี่ย PM2.5 สูงเกินมาตรฐานและมีจำนวนวันที่เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่า การวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยพบแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่างค่า PM2.5 ที่สูงขึ้นกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดลมอักเสบ และโรคหอบหืด การประเมินระบบเฝ้าระวังตาม CIPP Model พบจุดแข็งในด้านนโยบายระดับชาติและข้อมูล PM2.5 แต่ยังมีจุดอ่อนในด้านการบังคับใช้กฎหมาย การควบคุมแหล่งกำเนิด PM2.5 การสื่อสารข้อมูล การมีส่วนร่วมของชุมชน และการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและดำเนินมาตรการแก้ไขปัญหา การวิจัยนี้ได้เสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหา PM2.5 ในด้านต่างๆ เช่น การเพิ่มความครอบคลุมของสถานีตรวจวัด การควบคุมแหล่งกำเนิด PM2.5 การสื่อสารและการให้ความรู้แก่ประชาชน และการจัดการผลกระทบต่อสุขภาพ ข้อเสนอแนะเหล่านี้มุ่งหวังที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหา PM2.5 ในจังหวัดมุกดาหารอย่างยั่งยืน โดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

คำสำคัญ: หมอกควัน สุขภาพ ระบบเฝ้าระวัง

[1] นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร
*ผู้รับผิดชอบบทความ Email: p.treera1@gmail.com

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Research article

Development of Assessment Guidelines for Health Surveillance Systems for Smoke Haze Issues in Mukdahan Province.

Sarawut Thongfueng[1*]

(Received: July 16 2025; Revised: December 22 2025; Accepted: December 22 2025)

Abstract

This research aimed to develop assessment guidelines for health surveillance systems concerning smoke haze issues in Mukdahan Province, Thailand. The study involved analyzing daily PM2.5 concentrations from 2023 to early 2024 and linking this data with health morbidity records related to air pollution from the Ministry of Public Health database spanning 2021-2024. The findings revealed that the PM2.5 situation in 2024 showed a clear worsening trend compared to 2023, particularly during the dry season (February-April).

Average PM2.5 values consistently exceeded national standards, with a higher number of days posing health impacts. The peak concentration recorded in 2024 was 87.6 micrograms per cubic meter on March 7th. Analysis of morbidity data indicated a correlative trend between elevated PM2.5 levels and an increase in the number of patients suffering from respiratory diseases, specifically Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), bronchitis, and asthma. This aligns with the increased PM2.5 during the dry season, often associated with open burning practices. An assessment of the existing health surveillance system, utilizing the CIPP Model, identified strengths in national policy frameworks and PM2.5 data collection. However, significant weaknesses were noted in the enforcement of regulations and control of PM2.5 emission sources, ineffective communication to ensure widespread public access to information, limited community participation, and insufficient utilization of collected data for strategic planning and implementation of concrete mitigation measures. Based on these findings, the research proposes policy recommendations to enhance the PM2.5 surveillance and mitigation system. These include improving the coverage and efficiency of monitoring stations, strengthening measures to control emission sources, developing robust communication channels and public awareness campaigns, and effectively managing health impacts, especially for vulnerable populations. These recommendations are intended to serve as crucial guidelines for the sustainable development of Mukdahan Province's PM2.5 health surveillance and management system, emphasizing integrated multi-sectoral collaboration and responsiveness to local contexts.

Keywords: Smoke Haze, Health, Surveillance System

* Senior Human Resources Officer, Mukdahan Provincial Health Office
[*]Corresponding Author Email: p.treera1@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มลพิษทางอากาศเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่า มีคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการได้รับฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน สูงถึง 4.2 ล้านคนต่อปี โดยสาเหตุการเสียชีวิตมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคมะเร็งปอด ซึ่งร้อยละ 91 ของผู้เสียชีวิตอาศัยอยู่ในบริเวณภูมิภาคที่มีระดับคุณภาพอากาศเกินเกณฑ์ที่กำหนด[1]

ในขณะเดียวกันปัญหามลพิษทางอากาศในประเทศไทยก็มีแนวโน้มความรุนแรงมากขึ้นเช่นกัน โดยระหว่างปี พ.ศ.2554-2562 กรมควบคุมมลพิษ ได้รายงานสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลและพื้นที่เสี่ยง 33 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่าค่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจนอยู่ในระดับเกินมาตรฐานอย่างต่อเนื่องและมีปริมาณอยู่ในระดับที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน (มาตรฐานประเทศไทยค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ≤50 มคก./ลบ.ม) โดยมีแหล่งกำเนิดที่สำคัญ จากยานพาหนะโดยเฉพาะที่ใช้เครื่องยนต์ดีเซล โรงงานอุตสาหกรรมและการเผาในที่โล่ง [2]

จังหวัดมุกดาหาร ประสบปัญหาฝุ่นขนาดเล็กซึ่งมีแหล่งกำเนิดที่สำคัญ จากการเผาในที่โล่งแจ้งและปัญหาการจราจร[3] ซึ่งจากสถิติข้อมูลที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นในชุมชนมากถึงร้อยละ 85[4] รวมทั้งจากข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งแบบผู้ป่วยนอก และรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ระหว่างปี 2564-2566 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจต่อแสนประชากรอยู่ที่ 9,358, 19,765 และ 16,391 ตามลำดับ โดยอัตราป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมีแนวโน้มสูงขึ้น[5] จากวิกฤติการณ์ปัญหาหมอกควันในจังหวัดมุกดาหารในปี 2566 พบว่าระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของจังหวัดมุกดาหาร ยังไม่สมบูรณ์ ยังขาดผลการศึกษาที่ชัดเจนจึงทำให้มีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ในการนำไปใช้ในการลดและแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป การวิจัยครั้งนี้คาดว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลนำเข้าเชิงนโยบายแก่ผู้กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบต่อไป

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1. เพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากหมอกควันในจังหวัดมุกดาหาร

2.2. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของระบบเฝ้าระวังสุขภาพที่เกิดจากปัญหาหมอกควันในจังหวัดมุกดาหาร

2.3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพที่เกิดจากปัญหาหมอกควันในจังหวัดมุกดาหาร

3.สมมติฐานการวิจัย

3.1. แนวทางการประเมินที่พัฒนาขึ้นจะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพจากหมอกควันในจังหวัดมุกดาหาร โดยสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงได้ครอบคลุมมากขึ้นเมื่อเทียบกับระบบปัจจุบัน

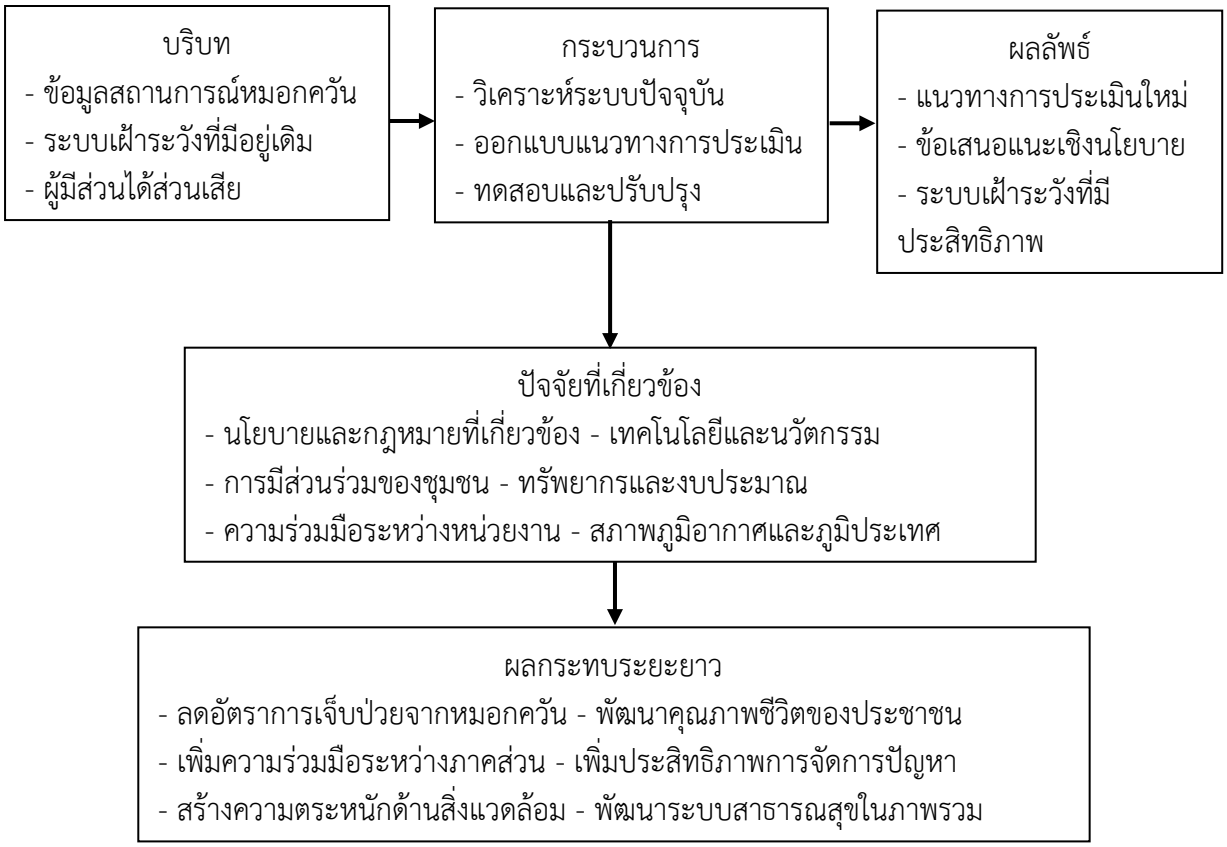
3.2. การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของระบบเฝ้าระวังจะนำไปสู่การเสนอมาตรการเชิงนโยบายที่มีความเป็นรูปธรรม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่

3.3. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการวิจัยจะเพิ่มการยอมรับและความร่วมมือในการนำแนวทางการประเมินไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3.4. การนำแนวทางการประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการประมวลผลและรายงานสถานการณ์หมอกควัน ทำให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้รวดเร็วและทันท่วงทีมากขึ้น

3.5. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากหมอกควันตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น จะส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศในช่วงฤดูหมอกควันมีแนวโน้มลดลงในระยะยาว

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



5.วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation research) โดยใช้รูปแบบการประเมินของซิปป์ (CIPP model) มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์และประเมินระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากหมอกควัน (PM2.5) ของจังหวัดมุกดาหาร. การใช้รูปแบบนี้ช่วยให้สามารถประเมินระบบเฝ้าระวังได้อย่างครอบคลุมตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางประเมินและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามกรอบแนวคิดวิจัย

1. การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม

- สิ่งที่ประเมิน ศึกษาความสอดคล้องของระบบเฝ้าระวังกับสถานการณ์มลพิษทางอากาศในปัจจุบัน นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และความจำเป็นของประชาชนในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

- วิธีการ ทบทวนนโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศที่ส่งผลต่อการเกิดหมอกควัน

- ความสัมพันธ์กับกรอบแนวคิด เพื่อตรวจสอบว่า "นโยบายและสภาวะแวดล้อม" เอื้อต่อการมีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพเพียงใด

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า

- สิ่งที่ประเมิน วิเคราะห์ความเหมาะสมและความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ระบบเฝ้าระวัง

- วิธีการ ตรวจสอบความพร้อมของสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศ ระบบฐานข้อมูล งบประมาณ และบุคลากรที่รับผิดชอบ

- ความสัมพันธ์กับกรอบแนวคิด เพื่อประเมินว่า "ปัจจัยนำเข้า" เช่น เทคโนโลยี และทรัพยากร มีเพียงพอที่จะรองรับกระบวนการเฝ้าระวังหรือไม่

3. การประเมินกระบวนการ

- สิ่งที่ประเมิน ศึกษาขั้นตอนการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพในทางปฏิบัติ

- วิธีการ สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูล การรายงานผล และการแจ้งเตือนภัยแก่ประชาชน

- ความสัมพันธ์กับกรอบแนวคิด เพื่อปรับปรุง กระบวนการ ให้มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. การประเมินผลผลิต

- สิ่งที่ประเมิน ตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานของระบบเฝ้าระวัง

- วิธีการ วิเคราะห์ความถูกต้องของรายงานสถานการณ์สถานการณ์ PM2.5 และความสามารถในการระบุจำนวนผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับช่วงเวลาที่มีมลพิษ

- ความสัมพันธ์กับกรอบแนวคิด เพื่อสร้าง "แนวทางการประเมินใหม่" ที่สามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

5. การสังเคราะห์และระดมสมอง (Brainstorming)

- ผู้วิจัยนำผลการประเมินทั้ง 4 ด้านมาเข้าสู่เวทีระดมสมองร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- มีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงความรู้สู่การสร้าง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และ แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังใหม่ ที่มีความเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

เมื่อดำเนินการครบทุกขั้นตอน ผลที่ได้จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับ ผลกระทบระยะยาว ในกรอบแนวคิด คือการลดอัตราการเจ็บป่วยจากหมอกควัน และการพัฒนาระบบสาธารณสุขในภาพรวมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังสุขภาพ และประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มที่ 1 คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังสุขภาพ จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ (1) ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค หรือเจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อม ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 2 คน เป็นแพทย์ แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาล จำนวน 16 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือแผนกฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลในจังหวัดมุกดาหาร หรือเป็นเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดมุกดาหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการเฝ้าระวังสุขภาพ หรือการจัดการปัญหาหมอกควัน อย่างน้อย 1 ปี (3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลโดยสมัครใจ

กลุ่มที่ 2 คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดมุกดาหาร คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามอำเภอ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ (1) อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดมุกดาหารในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2567 (2) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี (3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลโดยสมัครใจ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ประชาชน โดยใช้สูตรของ Taro Yamane โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนไว้ที่ 5% จากจำนวนประชากรในจังหวัดมุกดาหารที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ประมาณ 250,000 คน ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 400 คน

การสุ่มขนาดตัวอย่าง

ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามอำเภอ โดยคำนวณสัดส่วนของประชากรในแต่ละอำเภอต่อประชากรทั้งหมด และสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากแต่ละอำเภอตามสัดส่วนที่กำหนด เพื่อให้ได้ตัวแทนจากทุกอำเภอในจังหวัดมุกดาหาร

5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม (Questionnaires)
   - ใช้สำหรับการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความคิดเห็น และประสบการณ์ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังสุขภาพ ครอบคลุมการปฏิบัติงานในพื้นที่ 7 อำเภอของจังหวัดมุกดาหาร
2. สัมภาษณ์ (Interviews)
   - สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุข เช่น เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเข้าใจเหตุผล ปัญหา และความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ 7 อำเภอ
3. การรวมเวทีระดมสมอง (Brainstorming sessions)
   - จัดกิจกรรมรวมกลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น และแบ่งปันความรู้ร่วมกัน เพื่อเสนอแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาที่พบ ครอบคลุมการปฏิบัติงานในพื้นที่ 7 อำเภอของจังหวัดมุกดาหาร
4. สำรวจสถานการณ์ (Environmental scanning)
   - สำรวจสถานการณ์เชิงคุณภาพและปริมาณของปัญหาสุขภาพที่เกิดจากหมอกควัน รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและข้อมูลอื่นๆ เพื่อทราบสภาพปัญหาอย่างละเอียด ครอบคลุมการปฏิบัติงานในพื้นที่ 7 อำเภอของจังหวัดมุกดาหาร
5. สำรวจเอกสาร (Document review)

- ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังสุขภาพ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการดำเนินการเดิมและปัญหาที่เกิดขึ้น ครอบคลุมการปฏิบัติงานในพื้นที่ 7 อำเภอของจังหวัดมุกดาหาร

5.4 ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่าง เมษายน ถึง ธันวาคม 2567

5.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ข้อมูล PM2.5 ได้รับจากสถานีตรวจวัดของกรมควบคุมมลพิษ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการตรวจวัดและรายงานคุณภาพอากาศของประเทศไทย ข้อมูลการเจ็บป่วยได้รับจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

มุกดาหาร ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลทางการของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลเหล่านี้ถือว่าเป็นข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งผ่านกระบวนการควบคุมคุณภาพโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและด้านการวิจัยจำนวน 3 ท่าน

ดัชนีความสอดคล้อง (IOC): จากการประเมินพบว่าคำถามทุกข้อมีค่าดัชนี IOC มากกว่า 0.8 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.5) แสดงว่าแบบสัมภาษณ์มีความตรงเชิงเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้จริง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบซ้ำโดยให้ผู้สัมภาษณ์จำนวน 2 คน ร่วมกันตรวจสอบและสอบทานบันทึกการสัมภาษณ์ (Triangulation) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสอดคล้องและตรงตามข้อเท็จจริงจากการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ทุกคนผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้แบบสัมภาษณ์และเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อลดอคติและข้อผิดพลาดในการเก็บข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออย่างเป็นระบบนี้ ช่วยให้ผลการศึกษาที่ได้จากการประเมินระบบเฝ้าระวังตามกรอบแนวคิด CIPP model มีความเที่ยงตรงและสามารถนำไปใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่น่าเชื่อถือได้

5.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก เพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาการดำเนินวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลสถานการณ์ฝุ่นละออง PM2.5 (ข้อมูลทุติยภูมิ)

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2567 โดยดาวน์โหลดข้อมูลรายวันจากเว็บไซต์ Air4Thai ของกรมควบคุมมลพิษ ข้อมูลที่ได้รับประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยรายวัน (24 ชั่วโมง) ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน และจำนวนวันที่ค่าฝุ่นละอองเกินมาตรฐานประเทศไทย (50 $\mu g/m^3$) เพื่อนำมาวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์ในช่วงฤดูหมอกควัน

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและผลกระทบทางสุขภาพ (ข้อมูลทุติยภูมิ)

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังรายเดือนของปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2567 (ช่วงมกราคม - มิถุนายน) จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร โดยเน้นกลุ่มโรคที่เฝ้าระวังผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) โรคหืด (Asthma) โรคปอดอักเสบ ไข้หวัดใหญ่ และโรคคออักเสบ เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์กับช่วงเวลาที่มีค่าฝุ่นละอองสูง

3. ข้อมูลการประเมินระบบเฝ้าระวัง (ข้อมูลปฐมภูมิ)

- การสำรวจภาคสนาม ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชาชนจำนวน 400 คน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน 2567 ซึ่งเป็นช่วงที่สถานการณ์ PM2.5 รุนแรงที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง

- การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคม 2567 หลังจากรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ฝุ่นและสถิติการเจ็บป่วยเรียบร้อยแล้ว โดยนัดหมายบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (Key informants) จำนวน 20 ท่าน เพื่อสัมภาษณ์ประเมินระบบเฝ้าระวังตามกรอบ CIPP model ข้อมูลที่ได้รับรวมถึงประเด็นปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้สัมภาษณ์ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้แนวทางการสัมภาษณ์ มีการบันทึกเสียงและจดบันทึกอย่างละเอียด โดยข้อมูลทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนและคุณภาพของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปวิเคราะห์ผลในขั้นตอนต่อไป

6. ผลการวิจัย

6.1. สถานการณ์ PM2.5 ในจังหวัดมุกดาหาร (ปี 2566-2567)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล PM2.5 รายวัน พบว่าสถานการณ์ในจังหวัดมุกดาหารมีความผันผวนและมีแนวโน้มที่น่าสนใจดังนี้

ปี 2566 (พฤศจิกายน-ธันวาคม)

พฤศจิกายน ค่าเฉลี่ย PM2.5 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (ประมาณ 25-35 μg/m³) มีจำนวนวันที่เกินมาตรฐาน (50 μg/m³) น้อย

ธันวาคม ค่าเฉลี่ย PM2.5 ลดลงอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก (ส่วนใหญ่อยู่ที่ 8-20 μg/m³) แต่มีช่วงสั้นๆ ในต้นเดือน (9-11 ธันวาคม) ที่ค่า PM2.5 สูงถึงระดับเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ (38-41.3 μg/m³)

ปี 2567 (มกราคม-มิถุนายน)

มกราคม ค่าเฉลี่ย PM2.5 อยู่ในเกณฑ์ดีถึงปานกลาง (ส่วนใหญ่อยู่ที่ 13-28 μg/m³) มีบางวันที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

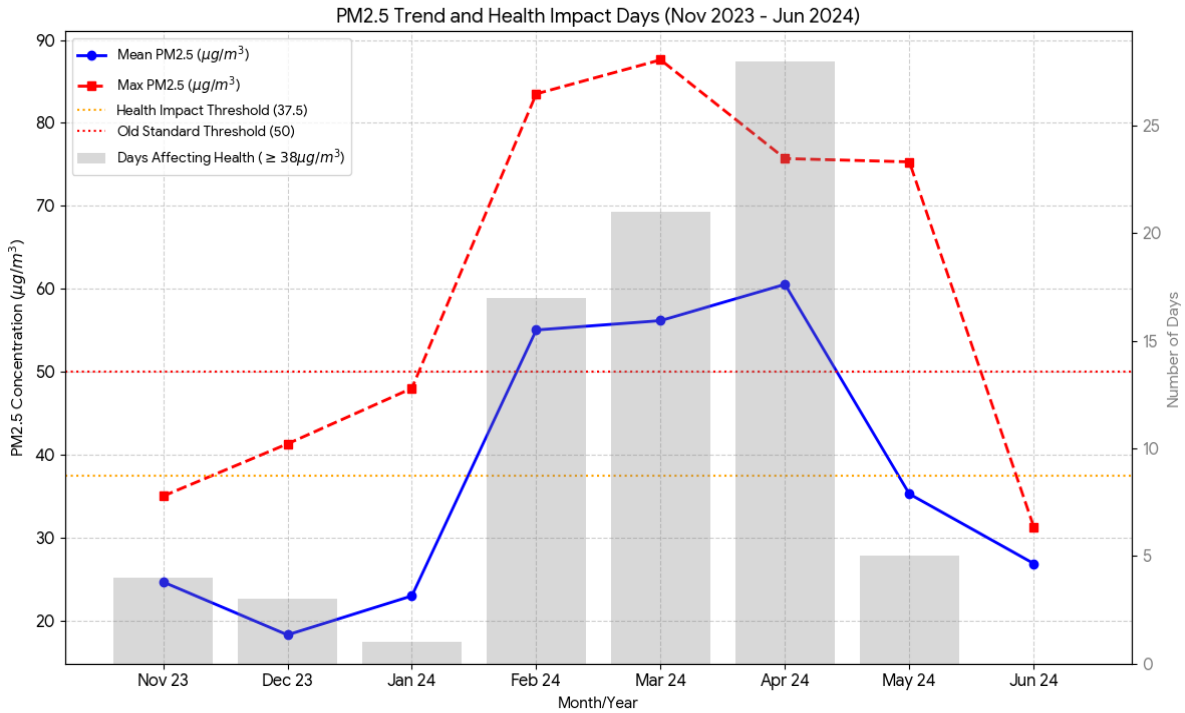
กุมภาพันธ์ สถานการณ์รุนแรงที่สุด ค่าเฉลี่ย PM2.5 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มีหลายวันที่อยู่ในเกณฑ์เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ และมี 2 วัน (2-3 กุมภาพันธ์) ที่อยู่ในเกณฑ์มีผลกระทบต่อสุขภาพ (73.1 และ 83.5 μg/m³)

มีนาคม สถานการณ์ยังคงน่าเป็นห่วง ค่าเฉลี่ย PM2.5 อยู่ในเกณฑ์เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ และมีบางวันที่อยู่ในเกณฑ์มีผลกระทบต่อสุขภาพ

เมษายน ค่าเฉลี่ย PM2.5 เริ่มลดลง แต่อยู่ในเกณฑ์เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพเกือบทั้งเดือน

พฤษภาคม-มิถุนายน สถานการณ์ดีขึ้นอย่างชัดเจน ค่าเฉลี่ย PM2.5 อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี

แผนภูมิสรุปสถานการณ์ PM2.5

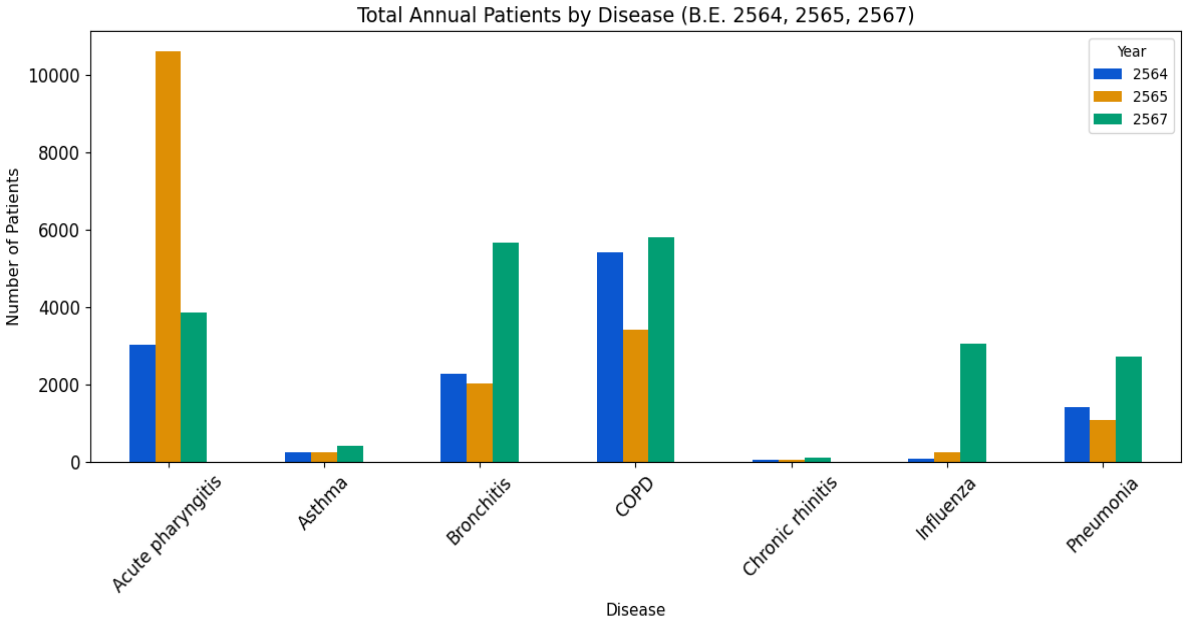


6.2. ผลกระทบต่อสุขภาพ

การวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพจะพิจารณาจากข้อมูล PM2.5 ในจังหวัดมุกดาหารช่วงปี 2566-2567 และเชื่อมโยงกับข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศของปี พ.ศ. 2564, 2565

และ 2567 เพื่อประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในพื้นที่ วิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วย และพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง PM2.5 กับการเจ็บป่วย

แผนภูมิแท่งจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ของปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2567



จากข้อมูลพบว่า https://data-mdo.moph.go.th/hdc/main/index.php[6]

แนวโน้มรายปี โรคบางชนิด เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 2565 และ 2564 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ PM2.5 ที่รุนแรงขึ้นในปี 2567 (โดยเฉพาะช่วงต้นปี) โรคบางชนิด เช่น โรคหอบหืด มีความผันผวนของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปี ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจาก PM2.5 เช่น สภาพอากาศ ฤดูกาล หรือการระบาดของโรค

แนวโน้มรายเดือน ในบางโรค เช่น โรคออักเสบ พบจำนวนผู้ป่วยสูงในช่วงเดือนมีนาคมของปี 2564 และ 2565 ซึ่งสอดคล้องกับช่วงฤดูแล้งที่มักพบ PM2.5 สูงในประเทศไทย ข้อมูลนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า PM2.5 มีผลกระทบต่อโรคในกลุ่มนี้ โรคบางชนิด เช่น ไข้หวัดใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วยสูงในช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของการระบาดของโรค

การเชื่อมโยงกับข้อมูล PM2.5 เมื่อพิจารณาข้อมูล PM2.5 ในช่วงต้นปี 2567 ซึ่งพบค่าสูงเกินมาตรฐาน พบว่าสอดคล้องกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหลอดลมอักเสบ แม้ว่าข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นข้อมูลรายเดือน และข้อมูล PM2.5 เป็นข้อมูลรายวัน ทำให้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยตรงทำได้ยาก แต่แนวโน้มที่สอดคล้องกันนี้บ่งชี้ว่า PM2.5 อาจมีส่วนสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคในกลุ่มนี้

การเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยในมุกดาหารเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของภาค อาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ ในพื้นที่ เช่น สภาพภูมิประเทศ แหล่งกำเนิดมลพิษเฉพาะพื้นที่ หรือพฤติกรรมของประชากร

กรมอนามัย
วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

6.3. การประเมินระบบเฝ้าระวังตาม CIPP model

1. ด้านบริบท

จุดแข็ง มีกรอบนโยบายระดับชาติและแผนเฉพาะกิจเพื่อการแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละอองที่ชัดเจน จังหวัดมุกดาหารมีการจัดตั้ง "ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5)" ซึ่งเป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการระดับพื้นที่

จุดอ่อน การบังคับใช้กฎหมายในระดับท้องถิ่นเกี่ยวกับการควบคุมการเผาในที่โล่งยังขาดความเข้มงวด โดยเฉพาะในพื้นที่เกษตรกรรมนอกเขตเทศบาล ซึ่งส่งผลให้สถิติจุดความร้อน (Hotspot) ยังคงสูงในช่วงฤดูแล้ง (กุมภาพันธ์-เมษายน) นอกจากนี้ประชาชนบางส่วนยังขาดความตระหนักเนื่องจากมองว่าเป็นปัญหารายฤดูกาล

2. ด้านปัจจัยนำเข้า

จุดแข็ง มีสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศถาวรของกรมควบคุมมลพิษ และการติดตั้งเครื่องตรวจวัดแบบ Sensor ในบางจุดสำคัญ ทำให้มีฐานข้อมูลค่าฝุ่นละอองรายวัน (PM2.5) ที่เชื่อมโยงกับแอปพลิเคชัน Air4Thai

จุดอ่อน จำนวนสถานีตรวจวัดมาตรฐานยังไม่ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยงทั้ง 7 อำเภอ โดยเฉพาะพื้นที่รอยต่อชายแดนและพื้นที่ป่าต้นน้ำ ขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนเฉพาะด้านในการจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกัน (เช่น หน้ากาก N95) สำหรับกลุ่มเปราะบาง และบุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ยังขาดเครื่องมือหรือชุดซอฟต์แวร์ที่ช่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าฝุ่นกับจำนวนผู้ป่วยได้แบบทันท่วงที

3. ด้านกระบวนการ

จุดแข็ง มีระบบรายงานข้อมูลการเจ็บป่วยผ่านฐานข้อมูล HDC (Health Data Center) ที่ระบุจำนวนผู้ป่วยรายโรค (COPD, Asthma, Bronchitis) ได้อย่างต่อเนื่อง มีการแจ้งเตือนผ่านกลุ่มเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Line group) ของหน่วยงานสาธารณสุข

จุดอ่อน กระบวนการสื่อสารข้อมูลสู่ประชาชนในวงกว้างยังไม่ทั่วถึง ภาษาที่ใช้ในการเตือนภัยมักเป็นเชิงวิชาการทำให้เข้าใจยาก ขาดการบูรณาการข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขในการ "แจ้งเตือนล่วงหน้า" (Early warning) และชุมชนมีส่วนร่วมเพียงการรับฟังข้อมูล แต่ยังขาดบทบาทในการตัดสินใจหรือร่วมวางมาตรการควบคุมในระดับหมู่บ้าน

4. ด้านผลผลิต (Product Evaluation)

จุดแข็ง สามารถรวบรวมสถิติผู้ป่วยรายปีและรายเดือนที่สัมพันธ์กับช่วงวิกฤต PM2.5 ได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในปี 2567 ที่พบอัตราป่วยโรคระบบทางเดินหายใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเดือนมีนาคม (สัมพันธ์กับค่า PM2.5 สูงสุด 87.6 $\mu g/m^3$)

จุดอ่อน ผลลัพธ์จากการเฝ้าระวังส่วนใหญ่เป็นข้อมูลทุติยภูมิที่ใช้เพื่อการรายงาน แต่ยังไม่ถูกนำไปแปรรูปเป็น "แผนปฏิบัติการเชิงรุก" เพื่อลดอัตราการป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม มาตรการที่ทำส่วนใหญ่เป็นแบบแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า (Reactive) มากกว่าการป้องกันเชิงระบบที่ยั่งยืน

6.4. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

การประเมินผลสำเร็จของระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากหมอกควันในจังหวัดมุกดาหาร จะพิจารณาจากตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

1. **จำนวนครั้งของการเฝ้าระวัง** มีการเฝ้าระวัง PM2.5 อย่างต่อเนื่องทุกวัน ตลอดช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (พฤศจิกายน 2566 - มิถุนายน 2567) รวมทั้งสิ้น 243 วัน

2. **จำนวนรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล** มีรายงานสรุปสถานการณ์ PM2.5 รายเดือน จำนวน 8 ฉบับ (พฤศจิกายน 2566 - มิถุนายน 2567) และรายงานสรุปสถานการณ์ PM2.5 รายปี จำนวน 1 ฉบับ (สรุปปี 2567)
3. **จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม** (ติดตามผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในช่วง PM2.5 สูง ในเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2567) มีการติดตามผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 150 ราย โดยแบ่งเป็น
   - โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) 70 ราย
   - โรคหอบหืด (Asthma) 40 ราย
   - โรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) 40 ราย
4. **จำนวนการจัดกิจกรรม** (จัดกิจกรรมให้ความรู้ในช่วงเดือนมกราคม-เมษายน 2567) มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับ PM2.5 จำนวน 4 ครั้ง โดยมีรูปแบบกิจกรรมดังนี้
   - การบรรยายให้ความรู้ในชุมชน 2 ครั้ง
   - การจัดนิทรรศการให้ความรู้ในโรงเรียน 1 ครั้ง
   - การเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อท้องถิ่น (วิทยุชุมชน) 1 ครั้ง

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. **ความถูกต้องของข้อมูล** ข้อมูล PM2.5 ที่ได้จากสถานีตรวจวัดของกรมควบคุมมลพิษ มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง เนื่องจากมีการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือและกระบวนการตรวจวัด อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับปรุงความแม่นยำของเครื่องมือตรวจวัดอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มการสอบเทียบเครื่องมือเป็นประจำ
2. **ระดับความพึงพอใจของประชาชน** (สำรวจความพึงพอใจในช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 หลังสถานการณ์ PM2.5 คลี่คลาย) จากการสำรวจความพึงพอใจของประชาชน จำนวน 200 คน พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูล PM2.5 ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.5 จากคะแนนเต็ม 5) ข้อเสนอแนะที่ได้รับ คือ ต้องการข้อมูลที่เข้าใจง่าย และเข้าถึงได้ง่ายขึ้น เช่น การใช้ Infographic หรือการเผยแพร่ผ่านช่องทางที่หลากหลายมากขึ้น
3. **ประสิทธิผลของการเฝ้าระวัง** ระบบเฝ้าระวังสามารถตรวจจับสถานการณ์ PM2.5 สูงได้ โดยมีการรายงานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การแจ้งเตือนยังไม่รวดเร็วและทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ควรมีการปรับปรุงระบบการแจ้งเตือนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การใช้ SMS หรือแอปพลิเคชันแจ้งเตือน
4. **ผลกระทบของข้อมูลต่อการตัดสินใจ** ข้อมูล PM2.5 ถูกนำไปใช้ในการตัดสินใจในการดำเนินมาตรการบางอย่าง เช่น การประกาศเตือนภัย การขอความร่วมมือในการลดการเผาในที่โล่ง และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนป้องกันตนเอง อย่างไรก็ตาม ยังขาดการบูรณาการข้อมูล PM2.5 กับแผนการจัดการปัญหาระยะยาว เช่น แผนการจัดการคุณภาพอากาศ หรือแผนพัฒนาจังหวัด
5. **การรับรู้และความตระหนักของชุมชน** จากการประเมินการรับรู้และความตระหนักของประชาชน พบว่าประชาชนมีความรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของ PM2.5 ในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดความรู้ในการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง เช่น การเลือกใช้หน้ากากอนามัยที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งในช่วง PM2.5 สูง และการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

การเชื่อมโยงกับนโยบายและการแก้ไขปัญหา PM2.5 ในจังหวัดมุกดาหาร

จังหวัดมุกดาหารได้แสดงความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหา PM2.5 อย่างยั่งยืน โดยกำหนดให้ทุกพื้นที่เป็นเขตควบคุมการเผาในที่โล่ง และจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการวิจัยนี้ที่เน้นการควบคุมแหล่งกำเนิด และการบริหารจัดการและบูรณาการการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง PM2.5 สูงกับการเพิ่มขึ้นของโรคระบบทางเดินหายใจ สนับสนุนความสำคัญของการดำเนินมาตรการเหล่านี้ เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

7. สรุปและอภิปรายผล

แนวทางการประเมินระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากหมอกควันในจังหวัดมุกดาหาร โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ PM2.5 ในช่วงปี 2566-2567 และเชื่อมโยงกับข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศในช่วงปี 2564-2567 สรุปได้ดังนี้

1. **สถานการณ์ PM2.5 ในจังหวัดมุกดาหาร** พบว่าสถานการณ์ PM2.5 มีความผันผวน โดยปี 2567 มีแนวโน้มรุนแรงกว่าปี 2566 โดยเฉพาะในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน ซึ่งมีค่าเฉลี่ย PM2.5 สูงเกินมาตรฐานและมีจำนวนวันที่เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่า ข้อมูลนี้สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์คุณภาพอากาศของประเทศไทยที่มักพบ PM2.5 สูงในช่วงฤดูแล้ง (กรมควบคุมมลพิษ)

2. **ผลกระทบต่อสุขภาพ** จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย พบแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่างค่า PM2.5 ที่สูงขึ้นกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดลมอักเสบ และโรคหอบหืด ในช่วงเวลาที่ PM2.5 สูงเกินมาตรฐาน พบจำนวนผู้ป่วยโรคในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนหน้า และเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยทั้งปี ข้อมูลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่า PM2.5 มีผลกระทบต่อสุขภาพระบบทางเดินหายใจ (Pope et al., 2002; WHO, 2016)

3. **การวิเคราะห์แนวโน้มรายปีและรายเดือน** พบว่าโรคบางชนิด เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในปี 2567 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ PM2.5 ที่รุนแรงขึ้น ในขณะที่โรคบางชนิด เช่น โรคหอบหืด มีความผันผวนของจำนวนผู้ป่วย ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจาก PM2.5 เช่น สภาพอากาศ ฤดูกาล หรือการระบาดของโรค การวิเคราะห์แนวโน้มรายเดือน พบความสอดคล้องระหว่างช่วงเวลาที่ PM2.5 สูงกับจำนวนผู้ป่วยโรคบางชนิด เช่น โรคออักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับช่วงฤดูแล้งที่มักพบ PM2.5 สูง

4. **การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ** การเปรียบเทียบอัตราป่วยของจังหวัดมุกดาหารกับค่าเฉลี่ยของภาคหรือประเทศ (หากมีข้อมูล) จะช่วยให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ในพื้นที่ และประเมินความรุนแรงของปัญหาเมื่อเทียบกับพื้นที่อื่นๆ

5. **กลุ่มเสี่ยง** กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจาก PM2.5 มาก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่ากลุ่มเหล่านี้มีความไวต่อผลกระทบของ PM2.5 มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

6. **การประเมินระบบเฝ้าระวัง** การประเมินระบบเฝ้าระวังตาม CIPP Model พบว่าระบบมีจุดแข็งในด้านนโยบายระดับชาติและข้อมูล PM2.5 แต่ยังมีจุดอ่อนในด้านการบังคับใช้กฎหมาย การควบคุมแหล่งกำเนิด PM2.5 การสื่อสารข้อมูล การมีส่วนร่วมของชุมชน และการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและดำเนินมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

7. **ตัวชี้วัดผลสำเร็จ** การกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ช่วยให้สามารถประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น จำนวนครั้งของการเฝ้าระวัง จำนวนรายงานการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม อัตราการเข้าถึงข้อมูลของประชาชน จำนวนการจัดกิจกรรม ความถูกต้องของข้อมูล ระดับความพึงพอใจของประชาชน ประสิทธิผลของการเฝ้าระวัง ผลกระทบของข้อมูลต่อการตัดสินใจ และการรับรู้และความตระหนักของชุมชน

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า PM2.5 เป็นปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในจังหวัดมุกดาหาร โดยเฉพาะในช่วงต้นปี 2567 ที่พบสถานการณ์รุนแรงกว่าปีก่อนหน้า การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในช่วงเวลาที่ PM2.5 สูง บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างมลพิษทางอากาศและการเจ็บป่วย การวิเคราะห์แนวโน้มรายปีและรายเดือนช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วย การประเมินระบบเฝ้าระวัง ช่วยให้เห็นจุดแข็ง จุดอ่อน และข้อจำกัดของระบบ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการประเมินและปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

8. ข้อจำกัดของการวิจัย

- ข้อมูล PM2.5 ที่มีอยู่ครอบคลุมเพียงบางช่วงเวลา ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ภาพรวมทั้งปีได้
- ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นข้อมูลรายเดือน ทำให้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยตรงกับข้อมูล PM2.5 รายวันทำได้ยาก

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

9.1.1 ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

1) เพิ่มความครอบคลุมและปรับปรุงเทคโนโลยีการตรวจวัด ควรเพิ่มจำนวนสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ ในจังหวัด โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง เช่น ชุมชนหนาแน่น และพื้นที่เกษตรกรรม ควบคู่ไปกับการพิจารณาใช้เทคโนโลยีตรวจวัด PM2.5 ที่มีความแม่นยำสูงและสามารถรายงานผลแบบเรียลไทม์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำ เป็นตัวแทนของพื้นที่ และติดตามสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที

2) พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลแบบบูรณาการ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถรวบรวมและเชื่อมโยงข้อมูล PM2.5 ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลอุตุนิยมวิทยา และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจากหลายแหล่งเข้าด้วยกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

3) พัฒนาบุคลากรด้านการเฝ้าระวัง ควรมีการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อม ให้มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง (เช่น Big Data Analytics และ AI เพื่อการคาดการณ์แนวโน้ม) และการสื่อสารข้อมูล

4) จัดทำระบบแจ้งเตือนภัยที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบแจ้งเตือนภัย PM2.5 ที่รวดเร็วและเข้าถึงประชาชนได้ง่าย โดยกำหนดเกณฑ์การเตือนภัยที่ชัดเจน และสื่อสารข้อมูลผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น แอปพลิเคชันบนมือถือ เว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์ และสื่อท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนรับทราบข้อมูลและเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที

9.1.2 ด้านการป้องกันและควบคุมแหล่งกำเนิด PM2.5

1) ควบคุมและส่งเสริมการงดเผาในที่โล่งอย่างเข้มงวด บังคับใช้กฎหมายและมาตรการควบคุมการเผาในที่โล่งอย่างเคร่งครัด ทั้งในพื้นที่เกษตรกรรมและพื้นที่อื่นๆ ควบคู่กับการส่งเสริมการทำเกษตรปลอดการเผา และสนับสนุนการนำเศษวัสดุทางการเกษตรไปใช้ประโยชน์อย่างสร้างสรรค์

2) ควบคุมมลพิษจากยานพาหนะและอุตสาหกรรม ตรวจสอบและควบคุมการปล่อยควันดำของรถยนต์อย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมการใช้ระบบขนส่งสาธารณะ ตลอดจนการใช้ยานพาหนะที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงควบคุมและตรวจสอบการปล่อยมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด พร้อมทั้งส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่สะอาด

3) สร้างความร่วมมือระดับภูมิภาค สร้างความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการแก้ไขปัญหาหมอกควันข้ามพรมแดน เพื่อลดผลกระทบจากแหล่งกำเนิดภายนอกพื้นที่

9.1.3 ด้านการสื่อสาร การสร้างความตระหนัก และการมีส่วนร่วม

1) พัฒนาช่องทางการสื่อสารและการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ปรับปรุงการสื่อสารข้อมูล PM2.5 ให้เข้าใจง่าย เข้าถึงได้ง่ายสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม โดยใช้ภาษาที่กระชับ จัดทำคู่มือและสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย เช่น Infographic และสร้างความร่วมมือกับสื่อมวลชน เพื่อให้ข้อมูลกระจายไปยังประชาชนในวงกว้างและรวดเร็ว

2) จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน จัดกิจกรรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของ PM2.5 วิธีการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตนในช่วงที่ PM2.5 สูงอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาหมอกควัน โดยจัดตั้งคณะกรรมการหรือกลไกความร่วมมือที่มีตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้กับระบบเฝ้าระวัง

9.1.4 ด้านการจัดการผลกระทบต่อสุขภาพ

1) เตรียมความพร้อมของสถานพยาบาล เตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลในการรองรับและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจาก PM2.5 โดยจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ และบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ

2) ให้คำแนะนำและดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำและดูแลสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ PM2.5 สูง

3) ติดตามผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ศึกษาและติดตามผลกระทบของ PM2.5 ต่อสุขภาพในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบสะสมที่แท้จริงและวางแผนการป้องกันในอนาคต

9.1.5 ด้านการบริหารจัดการและบูรณาการ

1) จัดตั้งคณะกรรมการ/กลไกความร่วมมืออย่างเป็นทางการ ควรจัดตั้งคณะกรรมการหรือกลไกความร่วมมือที่มีอำนาจหน้าที่ชัดเจนและประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม ปกครอง อุตสาหกรรม เกษตร ท้องถิ่น และภาคประชาสังคม) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2) จัดทำและขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการเชิงรุก จัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหา PM2.5 ระดับจังหวัดที่มีเป้าหมาย มาตรการ และตัวชี้วัดที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเข้มข้น

3) จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอสำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหา PM2.5 ในทุกมิติ

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

9.2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดและปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยาที่มีอิทธิพลต่อระดับ PM2.5 ในจังหวัดมุกดาหารอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจกลไกและสามารถกำหนดมาตรการควบคุมที่แม่นยำยิ่งขึ้น

9.2.2 ควรทำการวิจัยเชิงระบาดวิทยาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship) ระหว่างระดับ PM2.5 กับอัตราการเจ็บป่วยของประชากรในจังหวัดมุกดาหาร โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เพื่อยืนยันผลกระทบที่ชัดเจนและสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

9.2.3 พัฒนาแบบจำลองการคาดการณ์สถานการณ์หมอกควันและ PM2.5 ที่ใช้ข้อมูลจริงและสามารถบูรณาการกับปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการพยากรณ์และสามารถแจ้งเตือนประชาชนได้อย่างทันท่วงที

9.2.4 ควรมีการศึกษาประเมินประสิทธิผลของมาตรการและนโยบายที่นำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา PM2.5 และระบบเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนามาตรการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

9.2.5 การศึกษาการรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง และความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบเฝ้าระวังและมาตรการที่ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินงานตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

10. เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กPM2.5 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://4health.anamai.moph.go.th/dashboard
2. กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://hia.anamai.moph.go.th/download/hia/manual/book/book44.pdf
3. กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ กรณีหมอกควัน [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://hia.anamai.moph.go.th/download/hia/manual/book/book43.pdf
4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hia.anamai.moph.go.th/th/handbook/
5. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://e-lib.ddc.moph.go.th/book_details.php?id=8544&type=1
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://data-mdo.moph.go.th/hdc/main/index.php

บทความวิชาการ

การบูรณะช่องปากและใบหน้าในผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ร่วมกับการใช้เครื่องสแกนในช่องปาก: รายงานผู้ป่วย

อรัญญา สายพันธ์[1]*

(วันรับบทความ 16 ตุลาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 22 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 22 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบได้บ่อย และส่งผลกระทบต่อการบดเคี้ยว การพูด และความสวยงามของใบหน้า การดูแลรักษาจำเป็นต้องอาศัยการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาการฟื้นฟูช่องปากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีภาวะซับซ้อนจากการได้รับการรักษาล่าช้า โดยแสดงให้เห็นถึงการบูรณาการระหว่างแนวทางการทำฟันเทียมถอดได้แบบดั้งเดิมร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ เครื่องสแกนในช่องปากและระบบ CAD/CAM เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมภายใต้ข้อจำกัดทางกายวิภาคและเศรษฐกิจของผู้ป่วย รายงานนี้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 24 ปี ที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่สองข้างชนิดสมบูรณ์ ไม่ได้รับการปลูกถ่ายกระดูกหรือการจัดฟันในช่วงวัยเด็ก ส่งผลให้การจัดฟันในวัยผู้ใหญ่มีผลการรักษาไม่สมบูรณ์ และยังคงมีรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูก ผู้ป่วยไม่ประสงค์เข้ารับการผ่าตัดเพิ่มเติม มีข้อจำกัดด้านเศรษฐานะ และมีปริมาณกระดูกสันเหงือกไม่เพียงพอสำหรับการรองรับรากฟันเทียม การรักษาจึงเลือกใช้ฟันเทียมถอดได้บางส่วนฐานอะคริลิกร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัล โดยใช้เครื่องสแกนในช่องปากร่วมกับระบบ CAD/CAM เพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดความซับซ้อนของกระบวนการรักษา ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันเทียมได้ดี ช่วยปรับปรุงการบดเคี้ยว การพูด และความสวยงามของใบหน้า รายงานนี้เป็นแนวทางการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับการรักษาแบบดั้งเดิม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเหมาะสมกับบริบททางคลินิกของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ปากแหว่งเพดานโหว่ ฟันเทียมถอดได้ เครื่องสแกนในช่องปาก ระบบ CAD/CAM

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: knidnoi2544@gmail.com

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
RPC10Journal

Academy Article

Oral and Facial Rehabilitation in a Cleft Lip and Palate Patient Using intraoral scanner : A Case Report

Aranya Saipan[1]*

(Received: October 16 2025; Revised: December 20 2025; Accepted: December 22 2025)

Abstract

Cleft lip and palate is a common congenital anomaly affecting mastication, speech, and facial esthetics and requires long-term multidisciplinary care. This case report presents oral rehabilitation in a complex cleft lip and palate patient with delayed treatment, demonstrating the integration of conventional removable prosthodontic therapy with digital technology, including an intraoral scanner and CAD/CAM system, under anatomical and economic constraints.A 24-year-old Thai female with complete bilateral cleft lip and cleft palate did not undergo alveolar bone grafting or orthodontic treatment during childhood, resulting in incomplete orthodontic outcomes and a persistent oro-nasal fistula in adulthood. The patient declined further surgery, had financial limitations, and showed insufficient alveolar ridge volume for dental implants. Oral rehabilitation was performed using an acrylic-based removable partial denture supported by digital workflows to improve accuracy and simplify procedures.The outcome demonstrated satisfactory improvement in mastication, speech, and facial esthetics, supporting the clinical applicability of this integrated digital–conventional approach.

Keywords: cleft lip and palate, removable partial denture, intraoral scanner, CAD/CAM system

[1] Senior Professional Dentist,Dental Department, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani
* Corresponding Author Email: knidnoi2544@gmail.com

HPC10Journal

1.บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip and palate; CLP) เป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อย โดยมีอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 1 ต่อ 700–750 รายของทารกเกิดมีชีพ [1] สำหรับประเทศไทย รายงานความชุกของการเกิดภาวะนี้อยู่ที่ 0.58–2.49 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คนหรือคิดเป็นประมาณ 2,000 รายต่อปี[2–4] ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มักพบลักษณะดังต่อไปนี้[5-8] ฟันหน้าแท้หายไป (Missing permanent incisors) ในบริเวณรอยโหว่ ฟันที่มักหาย ได้แก่ ฟันตัดข้างบน และฟันกราม น้อยบน ฟันเกิน (Supernumerary tooth) การพัฒนาการสร้างฟันช้า (Delayed tooth development) ฟันขึ้นช้า (Delayed eruption) ฟันขึ้นผิดตำแหน่ง (Ectopic eruption) ความบกพร่องของเพดานปากที่ยังคงอยู่ (Residual palatal defects) ฟันที่มีรูปร่างไม่สมบูรณ์ (Rudimentary teeth) สันกระดูกเบ้าฟันหายไป (Missing alveolar ridge) ความโค้งของสปี (Curve of spee) ที่ผิดปกติทั้งใน กระดูกขากรรไกรบนและกระดูกขากรรไกรล่าง มีการยุบของส่วนโค้งกระดูกขากรรไกร (Collapsed arch form) ฟันสบไขว้ทั้งในฟันหน้าและฟันหลัง (Crossbite) การสบฟันผิดปกติ (Malocclusion) ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และครอบครัวจะได้รับผลกระทบ [9] ทั้งทางตรงคือลักษณะภายนอก (Physical appearance) รวมไปถึงผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมรวมทั้งครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย จึงควรได้รับการรักษาเพื่อแก้ไขความบกพร่องนี้สร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจให้กลับมาสู่สภาพปกติมากที่สุดให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมตามปกติ

การดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการนี้จำเป็นต้องอาศัย การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team approach) ที่ซับซ้อนและต่อเนื่องตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยทีมรักษาประกอบด้วยศัลยแพทย์ตกแต่ง ทันตแพทย์จัดฟัน นักแก้ไขการพูด และทันตแพทย์ทันตกรรมประดิษฐ์ (Prosthodontist) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูโครงสร้างการสบฟัน,การบดเคี้ยว,การพูดและความสวยงามของใบหน้า โดยใช้การบูรณะด้วยฟันเทียมถอดได้ (Removable partial denture), ฟันเทียมติดแน่น (Fixed prosthesis) หรือรากฟันเทียม (Dental implant)[10]

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ความก้าวหน้าทางทันตกรรมดิจิทัล (Digital dentistry) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะการใช้เครื่องสแกนในช่องปาก (Intraoral scanner) เพื่อสร้างแบบจำลองสามมิติของโครงสร้างในช่องปากของผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในระบบ CAD/CAM เพื่อออกแบบงานทันตกรรมได้ทันที[11]

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาการฟื้นฟูช่องปากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีภาวะซับซ้อน (Delayed orthodontic case with persistent oro-nasal fistula) โดยแสดงให้เห็นถึงการบูรณาการระหว่างแนวทางการทำฟันเทียมถอดได้แบบดั้งเดิมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Intraoral Scanner และ CAD/CAM) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ตอบสนองต่อการใช้งาน การพูด และคุณภาพชีวิต ภายใต้ข้อจำกัดทางกายวิภาคและเศรษฐานะของผู้ป่วย

2. เนื้อหา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 24 ปี มาพบทันแพทย์ด้วยต้องการรักษาฟันหน้าล่างคร่อมฟันหน้าบนและ มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ชนิดสมบูรณ์ จากการซักประวัติผู้ป่วยพบว่าได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมริมฝีปากตั้งแต่อายุ 6 เดือน แต่ไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อขยายขากรรไกรและการผ่าตัดปลูกถ่ายกระดูกบริเวณร่องกระดูกเบ้าฟันที่แหว่ง (Alveolar cleft bone grafting) ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไข

ปัญหาฟันเรียงตัวผิดปกติเมื่อเป็นผู้ใหญ่ (Delayed orthodontic treatment) ซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่สมบูรณ์,มีรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูก (Oro-nasal fistula)ที่บริเวณเพดานปากส่วนหน้า ภาวะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสำลักน้ำและอาหารในบางครั้งและมีเสียงพูดขึ้นจมูก (Hypernasal speech) ผู้ป่วยไม่ประสงค์เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายกระดูกเพื่อปิดรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูก (Oro-nasal fistula) ทันตแพทย์จัดฟันจึงส่งมามาทำฟันเทียมเพื่อบูรณะใบหน้าและช่องปาก

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา เคยรักษาทางทันตกรรมโดยการอุดฟัน ถอนฟัน การพยากรณ์โรคอยู่ในเกณฑ์ดี

การตรวจภายนอกช่องปากพบใบหน้าสมมาตร มีแผลเป็นบริเวณริมฝีปากบนซึ่งเป็นผลมาจากการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมภาวะปากแหว่ง (Cleft lip) ในอดีต,กระดูกขากรรไกรบนเจริญน้อยกว่าปกติ (Maxillary hypoplasia) ,ริมฝีปากบนมีลักษณะบาง,รูปหน้าด้านข้าง (Facial Profile): เมื่อมองจากด้านข้าง จะเห็นลักษณะใบหน้าที่เว้าเข้า (Concave facial profile) , ไม่มีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

ตรวจภายในช่องปากพบการสบไขว้ (Crossbite) ที่ฟันหน้าและฟันหลังด้านซ้ายและขวา มีการหดรั้งของแผลเป็น (Scar contraction) ของเนื้อเยื่อบริเวณเพดานปากส่วนหน้า (Pre maxilla) ซึ่งเคยได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่ง (cleft lip)และพบรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูก (Oro-nasal fistula) ที่บริเวณเพดานปากส่วนหน้า (Anterior palate) ซึ่งสัมพันธ์กับตำแหน่งของฟันหน้าบน 3 รู ขนาด 5x 2.5,4x2 และ10x 3 มิลลิเมตร พบเหงือกอักเสบร่วมกับมีคราบจุลินทรีย์เกาะติดเล็กน้อย ไม่พบร่องลึกปริทันต์ (periodontal pocket) พบการโยกของฟันซี่ 33 และฟันซี่ 16 ฟันโยกระดับ Grade I ตาม Miller’s Classification

(A) ใบหน้าด้านตรง (B) ใบหน้าด้านตรงยิ้ม (C) ใบหน้าด้านขวา (D) ใบหน้าด้านซ้าย

ภาพที่ 1 ภาพใบหน้าผู้ป่วยก่อนการรักษา (A) ใบหน้าด้านตรง (B) ใบหน้าด้านตรงยิ้ม (C) ใบหน้าด้านขวา (D) ใบหน้าด้านซ้าย

(A) (B) (C) (D) (E)

ภาพที่ 2 ภาพถ่ายภายในช่องปากก่อนการรักษา (A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง (C) การสบฟันด้านหน้า (D) การสบฟันด้านขวา (E) การสบฟันด้านซ้าย

(A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง

ภาพที่ 3 ภาพสแกนภายในช่องปากก่อนการรักษา (A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง

(A) (B)

ภาพที่ 4 (A) ภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก (Orthopantomogram) และ (B)ภาพถ่ายรังสีศีรษะด้านข้าง (Lateral Cephalogram) ก่อนการรักษา

การตรวจภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก (Orthopantomogram) มีฟัน 4, 16, 23, 26, 27, 34, 35, 36, 44, 45, 46, 47 พบการสูญเสียกระดูกเบ้าฟัน (Alveolar bone loss) โดยมีการละลายของสันกระดูก (Crestal bone resorption) บริเวณฟันซี่ 15, 16, 24, 26, 27, 34, 35, 44, 47 ตรวจพบรอยแยกของกระดูกเบ้าฟัน (Alveolar cleft) ที่ตำแหน่งฟันซี่ 11, 12 และฟันซี่ 22, Nasal floor และ Sinus ปกติไม่มีพยาธิสภาพ อัตราส่วนรากต่อครอบฟัน (Root: crown ratio) ของฟันซี่ 17, 31, 32, 33, 37, 41, 42, 43 อยู่ที่ 2:1 ไม่พบพยาธิสภาพรอบปลายราก ภาพถ่ายรังสีศีรษะด้านข้าง (Lateral cephalogram) มีความสัมพันธ์ของโครงกระดูกใบหน้าแบบคลาสที่ 3 (Skeletal class III relationship)

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

1.ปากแหว่งเพดานโหว่สองข้างชนิดสมบูรณ์ (Complete bilateral cleft lip cleft palate)

2. ขากรรไกรบน การสูญเสียฟันบางส่วนจัดอยู่ในกลุ่ม Kenedy Classification II modification 2

3. ขากรรไกรล่างการสูญเสียฟันบางส่วนจัดอยู่ในกลุ่ม Kenedy Classification II modification 1

4. Normal edentulous area ซี่17, 31, 32, 33, 37, 41, 42, 43

5. Generalized dental plaque-induced gingivitis on a reduced periodontium in a successfully treated periodontitis patient.

โดยการพยากรณ์โรคอยู่ในเกณฑ์ดี (Good prognosis) ผู้ป่วยจัดอยู่ในประเภทมีเหตุมีผล(Cooperaitve)

2.1 การวางแผนการรักษาและลำดับขั้นตอนการรักษา

1. การเตรียมช่องปากส่งรักษาโรคปริทันต์โดยทันตแพทย์สาขาปริทันต์ (periodontist),ทันตาภิบาลสอนทันตสุขศึกษาสาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันร่วมกับใช้แปรงกอเดียว

2. วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและทันตแพทย์จัดฟันถึงผลการรักษาจัดฟันแล้วแต่ยังคงมีรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูก (Oro-nasal fistula)บริเวณเพดานปากส่วนหน้า ควรได้รับผ่าตัดเสริมกระดูกที่เพดานเพื่อปิดช่องว่างเพื่อป้องกันการสำลักเมื่อกลืนอาหารและน้ำและลดการมีเสียงพูดขึ้นจมูกแต่ผู้ป่วยไม่ต้องการการผ่าตัด จึงเสนอการใส่ฟันเทียมถอดได้เพื่อรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูก (Oro-nasal fistula) บริเวณเพดานปากส่วนหน้า หลังจากอธิบายข้อดี ข้อเสีย และค่าใช้จ่าย(budget planning)ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดฐานอะคริลิก (Acrylic removable partial denture) ในขากรรไกรบนและล่างโดยใช้เครื่องสแกนในช่องปาก (Intraoral scanner) ร่วมกับระบบ CAD/CAM (Computer-aided design and computer-aided manufacturing) ออกแบบฟันเทียม ผลิตฟันเทียมตัวอย่างแบบพิมพ์สามมิติ (3D Printed trial denture) สำหรับทดลองใส่ในช่องปากผู้ป่วย แล้วจึงผลิตฟันเทียมถาวร

3. แนะนำการบำรุงรักษาฟันเทียมและการดูแลสุขภาพช่องปาก นัดติดตามเพื่อประเมินผลทุก 6 เดือน

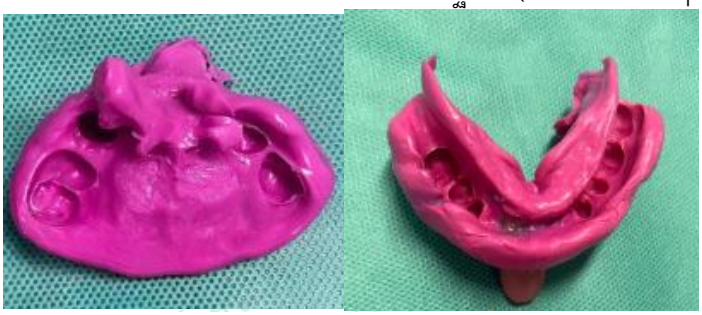
2.2 การรักษา

ครั้งที่ 1: ซักประวัติ ตรวจ วินิจฉัย ตรวจภาพรังสีในช่องปาก,ตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานอะคริลิกโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ได้วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยเนื่องจากกระดูกรองรับน้อยจึงไม่แนะนำรากฟันเทียม,การมีช่องว่างไร้ฟันมากเกินกว่าที่จะใช้ฟันเทียมแบบติดแน่นจึงเสนอการใส่ฟันเทียมถอดได้เพื่อรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูก (Oro-nasal fistula)เพื่อป้องกันการสำลักเมื่อกลืนอาหารและน้ำและลดการมีเสียงพูดขึ้นจมูก เมื่อพิจารณาฟันเทียมถอดได้ฐานโลหะจะมีค่าฐานโลหะเพิ่มเติม,ฟันหลักที่รองรับตะขอไม่แข็งแรงไม่สามารถให้การรองรับ(support)แรงบดเคี้ยวและการยึดเกาะ(retention)ที่ดีและมีความลำบากในการแก้ไขเติมฟันในอนาคตเทียบกับฟันเทียมถอดได้ฐานอะคลิริกซึ่งสามารถเติมฟันภายหลังได้ง่ายทั้งผู้ป่วยมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานอะคริลิก(Acrylic removable partial denture) ในการรักษา จากนั้นส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาปริทันต์โดยทันตแพทย์สาขาปริทันต์(periodontist)และพบทันตาภิบาลเพื่อสอนทันตสุขศึกษาและมีการเสริมพลังอำนาจ(empowerment)ให้ข้อมูลการรักษาว่าสามารถรักษาได้เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยและครอบครัว

ครั้งที่ 2: หลังจากการรักษาปริทันต์พบสุขภาพช่องปากดีขึ้นจึงเริ่มการรักษาโดยถ่ายภาพในช่องปาก,สแกนในช่องปากขากรรไกรบนและล่างด้วยเครื่องสแกนในช่องปาก Medit i700เพื่อบันทึกสภาพช่องปากและการกัดสบ จากนั้นพิมพ์ปากบนและล่างขั้นต้นด้วยวัสดุพิมพ์ปากอัลจิเนตชนิด fast setร่วมกับถาดพิมพ์ปากสำเร็จรูป จากนั้นเทรอยพิมพ์ด้วย Type III dental stone เพื่อทำชิ้นหล่อศึกษา (Study model) แล้วนำชิ้นหล่อศึกษามากำหนดขอบเขตและทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล (Individual tray) ด้วยอะคริลิกเรซินชนิดบ่มตัวด้วยตัวเอง (Chemical-activated acrylic resin)

ครั้งที่ 3: กรอแต่งเตรียมร่องรองรับที่ซี่ 14, 26, 35, 44 ลองถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลในปากผู้ป่วย,กรอแก้ไขขอบส่วนเกิน,เสริมแต่งขอบ (Border molding) ด้วยGreen stick impression compound, พิมพ์สันเหงือกว่างขั้นสุดท้าย (Final impression) ด้วย Vinyl Polysiloxane โดยวิธีเลือกแรงกดเฉพาะตำแหน่ง เพื่อควบคุมแรงกดในตำแหน่งที่ต้องการและหลีกเลี่ยงแรงกดในบริเวณที่มี Alveolar defect

เนื่องจากผู้ป่วยมีรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูกจึงมีความเสี่ยงที่วัสดุพิมพ์ปากจะไหลเข้าสู่โพรงจมูกและปิดกั้นทางเดินหายใจ จึงปรับผู้ป่วยนั่งหลังตรง (Upright position) พร้อมใช้ High-power suctionและทีมทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์เตรียมพร้อมสำหรับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support; BLS)



(A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง

ภาพที่ 5 ภาพถ่ายรอยพิมพ์ปากขั้นสุดท้าย (Final impression) (A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง

(A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง

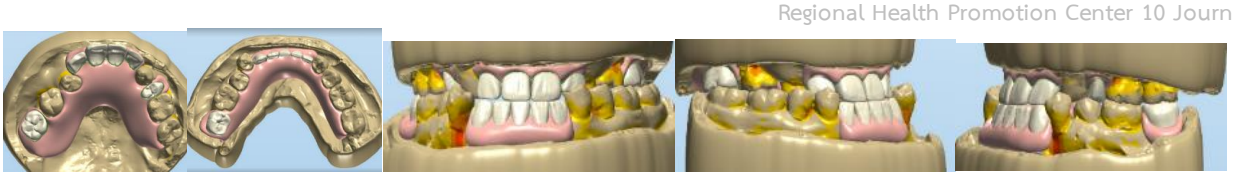
ภาพที่ 6 ภาพถ่ายชิ้นหล่อปฏิบัติงาน (Master cast) (A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง

จากนั้นเทรอยพิมพ์ด้วย Type IV dental stone เพื่อทำชิ้นหล่อปฏิบัติงาน (Master cast) ทำฐานบันทึก (Record base) ด้วยอะคริลิกเรซินบ่มตัวด้วยตัวเองและทำสันขี้ผึ้งสีชมพูบนชิ้นหล่อปฏิบัติงาน,ลองแท่นกัดสบฟัน (Occlusion rim) ในปากผู้ป่วย บันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ (Centric relation) ระหว่างขากรรไกรบนและล่างด้วย Vinyl Polysiloxane

(A) ด้านหน้า (B) ด้านขวา (C) ด้านซ้าย

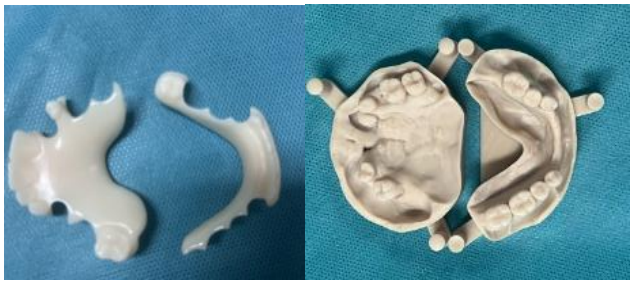
ภาพที่ 7 ภาพถ่ายการบันทึกการสบฟัน (A) ด้านหน้า (B) ด้านขวา (C) ด้านซ้าย

จากนั้นสแกนชิ้นหล่อปฏิบัติงาน (Master cast) และแท่นกัดสบฟัน (Occlusion rim) ที่ได้บันทึกตำแหน่งสบฟันใน Centric relationด้วยเครื่องสแกนในช่องปาก แล้วส่งไฟล์ข้อมูล STL(Standard Tessellation Language) ไปยังห้องปฏิบัติการดิจิทัล (Digital laboratory) ผ่านทางเมลเพื่อใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ซอฟต์แวร์ CAD ออกแบบฟันเทียม จากนั้นพิมพ์ฟันเทียมตัวอย่างแบบพิมพ์สามมิติ (3D Printed trial denture)



(A) (B) (C) (D) (E)

ภาพที่ 8 ภาพถ่ายฟันเทียมตัวอย่างแบบพิมพ์สามมิติ (3D Printed trial denture) ในโปรแกรมออกแบบ (A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง (C) การสบฟันด้านหน้า (D) การสบฟันด้านขวา (E) การสบฟันด้านซ้าย



(A) (B)

ภาพที่ 9 (A) ภาพถ่ายฟันเทียมตัวอย่างแบบพิมพ์สามมิติ (3D Printed trial denture) (B)ภาพถ่ายแบบจำลองฟันพิมพ์สามมิติ (3D Printed dental model) ขากรรไกรบนและล่าง

ครั้งที่ 4 ผู้ป่วยลองฟันเทียมตัวอย่างแบบพิมพ์สามมิติ (3D Printed trial denture) ตรวจสอบการสบฟัน (Occlusion) ความสวยงาม (Esthetics) การปิดช่อง Oro-nasal fistula และการรองรับริมฝีปาก (Labial support) จากนั้นห้องปฏิบัติการดิจิทัล (Digital laboratory) สร้างฟันเทียมชุดถาวรที่สามารถใช้การ Milling หรือ 3D Printing ซึ่งมีต้นทุนในการผลิตชิ้นงานฟันเทียมแตกต่างกันโดยการ Milling มีต้นทุนสูงกว่า 3D Printing แต่มีข้อดีกว่าในด้านความแข็งแรงและความสวยงามในผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้ DLP (Digital light processing) 3D Printing ที่วัสดุคุณภาพสูงในราคาที่ยอมเยา

ครั้งที่ 5: ส่งมอบฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วยพบว่าการยึดอยู่เสถียรภาพและการรองรับของฟันเทียมบนและล่างอยู่ในระดับดีการสบฟันสมดุลทั้งการสบฟันในศูนย์และการสบนอกศูนย์ ตรวจจุดกดเจ็บบนเนื้อเยื่อและส่วนเกินของขอบฟันเทียมด้วยวัสดุแสดงบริเวณกด (PIP: Pressure indicator paste)

(A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง

(C) การสบฟันด้านหน้า (D) การสบฟันด้านขวา (E) การสบฟันด้านซ้าย

ภาพที่ 10 ภาพถ่ายภายในช่องปากหลังการรักษา (A) ขากรรไกรบน (B) ขากรรไกรล่าง (C) การสบฟันด้านหน้า (D) การสบฟันด้านขวา (E) การสบฟันด้านซ้าย

ใบหน้าด้านตรง (B) ใบหน้าด้านตรงยิ้ม (C) ใบหน้าด้านขวา (D) ใบหน้าด้านซ้าย

ภาพที่ 11 ภาพถ่ายใบหน้าผู้ป่วยหลังการรักษา (A) ใบหน้าด้านตรง (B) ใบหน้าด้านตรงยิ้ม (C) ใบหน้าด้านขวา (D) ใบหน้าด้านซ้าย

2.3 การติดตามผล

แนะนำผูปวยถึงวิธีดูแลรักษาฟนเทียมรวมถึงการทำความสะอาดช่องปาก,สันเหงือกวาง,กระพุงแก่ม, เพดานปากและลิ้น หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการนัดติดตามที่ 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังใส่ฟันปลอม เพื่อตรวจสอบความพอดี,ความสบาย,สภาวะปริทันต์และการใช้งานฟันปลอม พบวาผูปวยสามารถใช้ฟนเทียมเคี้ยวอาหารไดดี,มีพัฒนาการด้านการพูดเสียงพูดชัดขึ้น,มีโภชนาการที่ดีขึ้นสามารถดื่มน้ำและทานอาหารโดยไม่สำลักและมีความสวยงาม มีความมั่นใจมากขึ้นส่งผลดีต่อจิตใจมีและการยอมรับทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว

แนะนำผูปวยถึงวิธีดูแลรักษาฟนเทียมรวมถึงการทำความสะอาดช่องปาก,สันเหงือกวาง,กระพุงแก่ม, เพดานปากและลิ้น หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการนัดติดตามที่ 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังใส่ฟันปลอม เพื่อตรวจสอบความพอดี,ความสบาย,สภาวะปริทันต์และการใช้งานฟันปลอม พบวาผูปวยสามารถใช้ฟนเทียมเคี้ยวอาหารไดดี,มีพัฒนาการด้านการพูดเสียงพูดชัดขึ้น,มีโภชนาการที่ดีขึ้นสามารถดื่มน้ำและทานอาหารโดยไม่สำลักและมีความสวยงาม มีความมั่นใจมากขึ้นส่งผลดีต่อจิตใจมีและการยอมรับทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว

2.4 วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ล้วนมีลักษณะเฉพาะตัว มีการวินิจฉัยและการฟื้นฟูด้วยทันตกรรมประดิษฐ์ที่แตกต่างกัน มีการนำเทคนิคการปลูกถ่ายกระดูกมาใช้ร่วมกับการจัดฟันเพื่อเตรียมช่องปากให้พร้อมสำหรับการฟื้นฟูด้วยฟันเทียมแบบติดแน่นหรือรากเทียม แต่ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ไม่ได้รับการปลูกถ่ายกระดูก หรือการปลูกถ่ายไม่ประสบผลสำเร็จ ทำให้ต้องพึ่งพาการฟื้นฟูด้วยฟันเทียมเป็นหลัก โดยมีข้อจำกัดด้านความมั่นคง ความสวยงาม และการใช้งานระยะยาว[12]

แนวทางการฟื้นฟูช่องปาก ได้แก่ฟันเทียมติดแน่นแบบยึดด้วยกาว (Adhesive fixed denture: AFD)[13], ฟันเทียมติดแน่นบางส่วน (Fixed partial denture: FPD)[14],ฟันเทียมถอดได้บางส่วน (Removable partial denture: RPD) [15-17],ฟันเทียมแบบครอบเสริม (Overlay denture)[13],ฟันเทียมที่ยึดด้วยรากเทียม (Implant-supported denture)[14],ฟันเทียมทั้งปาก (Complete denture) [13]

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดเย็บริมฝีปากในช่วงวัยทารกแต่ไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อขยายขากรรไกรร่วมกับการผ่าตัดปลูกถ่ายกระดูกบริเวณร่องกระดูกเบ้าฟันที่แหว่ง (Alveolar cleft bone grafting) ในช่วงวัยเด็ก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการเรียงตัวของฟันและการสบฟันในระยะยาว ผู้ป่วยมารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขปัญหาฟันเรียงตัวผิดปกติเมื่อเป็นผู้ใหญ่ (Delayed orthodontic treatment) ซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่สมบูรณ์,มีรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูก (Oro-nasal fistula)ที่บริเวณเพดานปากส่วนหน้า ทำให้มีการสำลักเมื่อทานอาหารและดื่มน้ำควรได้รับการผ่าตัดผ่าตัดเสริมกระดูกที่เพดานเพื่อปิดช่องว่างแต่ผู้ป่วยไม่ต้องการการผ่าตัด จึงเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยเลือกเป็นฟันเทียมบางส่วนถอดได้เพื่อปิดรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูกทำให้กลืนอาหารและน้ำโดยไม่สำลัก,มีอนามัยที่ดีเพราะถอดออกมาล้างทำความสะอาดได้,สามารถเติมฟันในฟันเทียมภายหลังได้โดยไม่ต้องทำฟันเทียมใหม่ทั้งหมดเพราะผู้ป่วยเดิมเป็นโรคปริทันต์มีกระดูกรองรับฟันน้อยอาจสูญเสียฟันในอนาคต เมื่อพิจารณาฟันเทียมถอดได้ฐานโลหะจะมีค่าฐานโลหะที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม,ฟันหลักที่รองรับตะขอไม่แข็งแรงไม่สามารถให้การรองรับ(support)แรงบดเคี้ยวและการยึดเกาะ(retention)ที่ดี ทั้งผู้ป่วยมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอะคริลิก (Acrylic removable partial denture) ในการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้มีการสบฟันที่ไม่เสถียร โดย Cusp tip ของฟันคู่สบสัมผัสกันเพียงลักษณะ Point contact ในตำแหน่ง ICP ซึ่งหมายถึงตำแหน่งที่ฟันคู่สบเข้ากันแน่นที่สุด โดยไม่ขึ้นกับตำแหน่งของ Condyleแทนที่จะเป็น Cusp–fossa contact ที่เสถียร ตามที่ Okeson[18] ได้อธิบายว่าลักษณะดังกล่าวไม่สามารถกระจายแรงบดเคี้ยวได้อย่างเหมาะสม และทำให้การบันทึกความสัมพันธ์ในในศูนย์ (Centric relation)ขาดความแม่นยำซึ่ง Okeson[18] แนะนำให้ใช้ วัสดุบันทึกการสบที่มีความเสถียร เช่น Polyvinyl siloxane หรือวัสดุ Resin-based เพื่อช่วยให้ได้ตำแหน่ง CR ที่แม่นยำและสามารถทำซ้ำได้ ในผู้ป่วยรายนี้จึงทำการบันทึกการกัดสบโดยใช้แท่นกัดสบ (Occlusal rim) ร่วมกับบันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ (Centric relation) ระหว่างขากรรไกรบนและล่างด้วย Vinyl Polysiloxane ร่วมกับการลองฟันเทียมตัวอย่างแบบพิมพ์สามมิติในปากเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Verification)ของการบันทึกความสัมพันธ์ในในศูนย์ (Centric relation) ก่อนสร้างฟันเทียมตัวจริง

ความก้าวหน้าในทันตกรรมดิจิทัลทำให้แนวคิดของการออกแบบและผลิตฟันปลอมด้วยคอมพิวเตอร์ CAD/CAM (Computer-Aided Design/Computer-Aided Manufacturing)) เป็นที่นิยมมากขึ้น การใช้เครื่องสแกนในช่องปาก (Intraoral Scanners: IOS) ได้รับการมองว่าเป็นเทคนิคที่รวดเร็วและสะดวก ทั้งจากมุมมองของทันตแพทย์และผู้ป่วยและมีข้อดีหลายประการ[19-22] นำมาเสนอเป็นตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการฟื้นฟูผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ระหว่างการรักษาแบบดั้งเดิมและการรักษาด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

ประเด็นเปรียบเทียบ	**การรักษาแบบดั้งเดิม (Conventional approach**	**การรักษาด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital approach: IOS + CAD/CAM)**
แนวคิดหลัก	พิมพ์ปาก ⟶ สร้างแบบจำลองปูน ⟶ ผลิตฟันเทียม	บันทึกข้อมูลดิจิทัล ⟶ ออกแบบและผลิตด้วย CAD/CAM
ความสบายของผู้ป่วย	ต่ำ โดยเฉพาะผู้ที่มี gag reflex สูง หรือมีแผลเป็น	สูงกว่า ลด gag reflex และความไม่สบาย
ประเด็นเปรียบเทียบ	**การพิมพ์ปากแบบดั้งเดิม (Conventional approach)**	**การพิมพ์ปากด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital approach: IOS + CAD/CAM)**
ความแม่นยำของข้อมูล	อาจคลาดเคลื่อนจากการหดตัวของวัสดุพิมพ์และการแตกหักของแบบจำลอง	ให้ข้อมูลสามมิติที่แม่นยำ ลด human error
การสื่อสารกับห้องปฏิบัติการ	ส่งชิ้นงานจริง:ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการแตกหักหรือสูญหาย,มีค่าใช้จ่ายในการส่งงาน	ส่งไฟล์ดิจิทัล สื่อสารทางเมลและปรับแก้งานได้รวดเร็ว ,สามารถออกแบบฟันเทียมในรูปสามมิติทั้งยังสามารถสร้างฟันเทียมตัวอย่างออกมาทดลองในปากเพื่อดูความสวยงาม ตรวจสอบการกัดสบก่อนสร้างฟันเทียมถาวร
การจัดเก็บข้อมูล	เก็บแบบจำลองปูน ใช้พื้นที่ในการจัดเก็บและเสี่ยงต่อการเสียหาย	เก็บเป็นไฟล์ดิจิทัล นำกลับมาใช้ซ้ำได้
การทำฟันเทียมใหม่ในอนาคตหรือเติมฟันในฟันเทียมเมื่อมีการถอนฟัน	ต้องพิมพ์ปากใหม่ทุกครั้งซึ่งมีความยากเนื่องจากขากรรไกรเล็กมีการหดรั้งของแผลผ่าตัดริมฝีปากและมีความเสี่ยงวัสดุพิมพ์อาจไหลเข้าสู่ oro-nasal fistula	ใช้ไฟล์เดิมหรือ superimposition ได้ ไม่ต้องพิมพ์ปากใหม่
ต้นทุนเริ่มต้น	ไม่ต้องลงทุนอุปกรณ์ดิจิทัล	สูงกว่า (เครื่องintraoral scannser)
ต้นทุนวัสดุสิ้นเปลือง	สูง (วัสดุพิมพ์, stone, ถาดพิมพ์)	ต่ำลงในระยะยาว ลดการใช้วัสดุ stoneในการเทรอยพิมพ์

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10 Journal

ความคุ้มค่าในระยะยาว	ต้นทุนสะสมสูงจากการทำซ้ำ	คุ้มค่า ลดการพิมพ์ปากซ้ำและการสูญเสียชิ้นหล่อ

แม้ว่าการใช้เครื่องสแกนในช่องปากร่วมกับระบบ CAD/CAM จะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน แต่หลักฐานจาก Srivastava [23] แสดงให้เห็นว่าการสแกนโดยตรงยังมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำในขากรรไกรไร้ฟัน (Completely edentulous arch) บริเวณขอบริม(Peripheral border) และเพดานอ่อน(Soft palate) Quaas [24] จึงเสนอให้ใช้แนวทางผสมผสาน โดยพิมพ์ปากและสร้างแบบจำลองก่อน แล้วจึงสแกนนอกช่องปาก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและเชื่อถือได้ ผู้ป่วยรายนี้จึงเลือกใช้การสแกน master cast และ occlusion rim ที่บันทึกตำแหน่งสบฟันใน centric relation ซึ่งช่วยลดการพิมพ์ปากซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายวัสดุ stone และลดความเสี่ยงในการสูญหายหรือแตกหักของชิ้นหล่อปฏิบัติการ เหมาะสมอย่างยิ่งในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีความเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจและมีแนวโน้มสูญเสียฟันเพิ่มเติมจากโรคปริทันต์

3. บทสรุป

เป้าหมายหลักของการฟื้นฟูผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่คือการบูรณะใบหน้าและโครงสร้างช่องปากที่สูญเสียไป ฟันเทียมแบบถอดได้ฟื้นฟูช่องปากช่วยปรับปรุงการพูด การออกเสียงและความสวยงามของผู้ป่วยได้ดีในขณะที่มีต้นทุนต่ำและดูแลรักษาได้ง่ายเหมาะสมกับสภาวะโรคปริทันต์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยใช้งานได้ดี มีความพึงพอใจ มีความมั่นใจในการยิ้มและพูด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รายงานนี้เป็นแนวทางการรักษาทางผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยใช้ intraoral scannerซึ่งเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและแม่นยำสำหรับการพิมพ์ปากเพื่อสร้างฟันเทียมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีรูเปิดระหว่างช่องปากและโพรงจมูกรวมทั้งปัญหา gag reflax,สามารถเก็บข้อมูลผู้ป่วยเพื่อผลิตฟันปลอมใหม่โดยไม่ต้องพิมพ์ปากซ้ำซึ่งแนวทางการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับการรักษาแบบดั้งเดิมนี้เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐานะ จึงควรนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยและนำข้อมูลที่สแกนไว้มาวิเคราะห์,วิจัยหานวตกรรมใหม่ๆในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

4. เอกสารอ้างอิง

1 Chowchuen B. Cleft lip and palate treatment guideline manual for parents. Khon Kaen: cleft lip and palate and craniofacial anomaly research center Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2011.

2. Chowchuen B, Thanaviratananich S, Chichareon V, et al.Multi-center study of oral cleft and associated abnormalities in Thailand: the epidemiologic data and need of health care service. *In:* Proceedings of the 10th International Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies; 2005 Sep 4–8**;** Durban, South Africa.

3. Chuangsuwanich A, Aojanipong C, Muangsombut S, et al. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. Ann Plast Surg 1998;41(1):7-10.

4. Ruangsitt C, Prasertsang P, Banpho Y, et al. Incidence of cleft lip and palate in three hospitals in Khon Kean. Khon Kaen: Department of Orthodontics Faculty of Dentistry Khon Kaen University; 1993.

5. Yilmaz RBN, Cakan DG, Mesgarzadeh N. Prevalence and management of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate patients. Eur J Dent. 2016;10(1):54–58. doi:10.4103/1305-7456.175698. PMID: 27011740; PMCID: PMC4784154. doi:10.4103/1305-7456.175698. PMID: 27011740; PMCID: PMC4784154.
6. Celikoglu M, Buyuk SK, Sekerci AE, Cantekin K, Candirli C. Maxillary dental anomalies in patients with cleft lip and palate: a cone beam computed tomography study. J Clin Pediatr Dent. 2015;39(2):183–186. doi:10.17796/jcpd.39.2.t623u7495h07522r.
7. Shen CA, Guo R, Li W. Enamel defects in permanent teeth of patients with cleft lip and palate: a cross-sectional study. J Int Med Res. 2019;47(5):2084–2096. doi:10.1177/0300060519832165. PMID: 30913937; PMCID: PMC6567767.
8. Haque S, Alam MK. Common dental anomalies in cleft lip and palate patients. Malays J Med Sci. 2015;22(2):55-60.
9. Sununliganon L, Chetpakdeech W. Guideline for multidisciplinary team approach in cleft lip and palate patient. TUH Journal. 2017;2(2):15-27.
10. Reisberg DJ. Prosthetic habilitation of patients with clefts. Clin Plast Surg. 2004;31:353-360.
11. Savabi O, Molla R, Abdolahnejad A, Nejatidanesh F. Digital impression and intraoral scanners. In: Keyhan SO, Bohluli B, Fallahi HR, Khojasteh A, Fattahi T, editors. *Handbook of Oral and Maxillofacial Surgery and Implantology.* Cham: Springer Nature; 2025. p. 1-20. doi:10.1007/978-3-031-36962-9_22-1.
12. Moore D, McCord JF. Prosthetic dentistry and the unilateral cleft lip and palate patient: the last 30 years. *Eur J Prosthodont Restor Dent.* 2004;12(2):70–74. PMID: 15244010.
13. Freitas JAS, Almeida ALPF, Soares S, Neves LT, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RYF, Lauris RCM, Oliveira TM, Pinto JHN. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) – Part 4: Oral Rehabilitation. J Appl Oral Sci. 2013;21(3):284–92. doi:10.1590/1679-775720130127.
14. Kumar R, Sivaraj S, Prasad K, Rajmohan M, Praveen R. Prosthetic considerations in management of cleft lip and palate patient. Sci J Clin Med. 2016;4(1):66-70.
15. Papi P, Giardino R, Silvestri A, et al.Conventional prosthetic rehabilitation of cleft lip and palate patients: our experience.Senses and Sciences. 2015;2(2):36–39. doi:10.14616/sands-2015-2-3639 .
16. Freitas JAS, Almeida ALPF, Soares S, Neves LT, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RYF, Lauris RCM, Oliveira TM, Pinto JHN. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience

of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) – Part 2: Oral Rehabilitation. J Appl Oral Sci. 2013;21(3):284–92. doi:10.1590/1679-775720130127.

17. Mese A, Ozdemir E. Removable partial denture in a cleft lip and palate patient: a case report. J Korean Med Sci. 2008;23(5):924-6.
18. Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2020. p.268–273, 304–309. doi:10.3346/jkms.2008.23.5.924.
19. Aswani K, Wankhade S, Khalikar A, Deogade S. Accuracy of an intraoral digital impression: A review. J Indian Prosthodont Soc 2020; 20: 27-37.
20. Atieh MA, Ritter AV, Ko CC, Duqum I."Accuracy evaluation of intraoral optical impressions: A clinical study using a reference appliance."Journal of Prosthetic Dentistry, 2017; 118(3): 400-405. doi:10.1016/j.prosdent.2016.10.022.
21. Mangano F, Gandolfi A, Luongo G, Logozzo S. Intraoral scanners in dentistry: a review of the current literature. BMC Oral Health. 2017;17(1):149. doi:10.1186/s12903-017-0442-x.
22. Dusmukhamedov S, Lee CN, Jeong SM, Choi BH. Digital denture fabrication: A technical note. Appl Sci. 2021;11(17):8093. doi:10.3390/app11178093.
23. Srivastava G, Padhiary SK, Mohanty N, Molinero-Mourelle P, Chebib N. Accuracy of intraoral scanner for recording completely edentulous arches—A systematic review. Dent J (Basel). 2023;11(10):241. doi:10.3390/dj11100241. PMID: 37893171; PMCID: PMC6567767.
24. Quaas S, Rudolph H, Luthardt RG.Direct mechanical data acquisition of dental impressions for the manufacturing of CAD/CAM restorations.Journal of Dentistry, 2007; 35(12): 903–908. doi:10.1016/j.jdent.2007.08.008.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
HPC10Journal

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

จัดทำโดย

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

45หมู่ 4 ถ.สถลมาร์ค ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี
โทร 045 251266-270 ต่อ 111