



# Primary Health Care Journal (Northern Edition)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)



**ปีที่ 34 ฉบับที่ 3**

ประจำเดือน กันยายน – ธันวาคม 2567

ISSN : 3056-9621 (print)

ISSN : 3056-963X (online)

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

# วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2567

## ที่ปรึกษา

ดร.นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.กรกฤษ ลิ้มสมมุติ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

## กองบรรณาธิการบริหาร

นายอุทิศ จิตเงิน	ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางเพ็ญศรี โตเทศ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นายมฤตราช ไชยภาพ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวรัชต์สุดา ช่อรัชต์	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวกฤษณา กันกลิ่น	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

## กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.วรรณา ประยุกต์วงศ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.กิตติคุณ หมู่พยับ	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.วุฒิชัย จริญญา	มหาวิทยาลัยเนเธอร์แลนด์
ผศ.ดร.กฤตปักษิ์ ตันตอมรกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธัชพล เมธาธิกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธิตินา ทวานิชยเวช	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ดร.สุภากรรณ์ ตันตินันตกรกุล	มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทธนา ไยบคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ดร.สุสิทธิ์ ปิยสุกรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ ประชารักษ์ นครสวรรค์
นายสมเกียรติ ศรีประสิทธิ์	มหาวิทยาลัยเนเธอร์แลนด์
นางสาววัชรีย์ ศรีทอง	นักวิชาการอิสระ
ดร.กฤษณ์ อินทร์ชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ข้าราชการบำนาญ
ดร.สมนึก หงษ์ขี้ม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ดร.วิสุทธิ บุญญะโสภิต	นักวิชาการอิสระ
ดร.ธัญชนก ชุมทอง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาวนงลักษณ์ วิชัยรัมย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาววันวิสา คำสัดย	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาวชนมณีภา ใจดี	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

## ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเพ็ญศรี โตเทศ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นายมฤตราช ไชยภาพ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวรัชต์สุดา ช่อรัชต์	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวกฤษณา กันกลิ่น	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวนารี ยอดทอง	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสิริลักษณ์ ช่างเนียม	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางบุญชิด ธรรมสอน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวปภาดา เขาซ่า	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

## สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม / สนใจติดต่อได้ที่

เบอร์โทรศัพท์ : 056 222 375  
: 095-709 5942 (มฤตราช)  
: 095-246 4124 (รัชต์สุดา)

LINE ID : bo\_em  
: namfarok

<https://thaidj.org/index.php/NRTC>

ช่องทางการติดต่อและเผยแพร่



# บทบรรณาธิการ

## วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2567

### อุทิศ จิตเงิน

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3



ส่งความสุขปีใหม่ 2568 ด้วยวารสาร สาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ ฉบับปฐมฤกษ์ ปีงบประมาณ 2568 ที่ได้เดินทางมาเป็นปีที่ 34 ฉบับที่ 3 ของการพัฒนาสุขภาพชีวิตและสุขภาพ บนฐานคิด “แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราตนเองได้” โดยมีอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกสำคัญในการจัดการ เชื่อมโยงการทำงานทั้งภาครัฐ กึ่งรัฐ และภาคประชาชน สู่เป้าหมายสุดท้าย (Ultimate Gold) ประชาชนพึ่งตนเองได้ด้านสุขภาพ (Self Care)

ในปีงบประมาณ 2568 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ ได้ปรับโครงสร้างแผนวกรวมภารกิจกับศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 และใช้ชื่อหน่วยงานเป็น “ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3” วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ เป็นเวทีสื่อกลางใน แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์ ของผู้ปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพด้วยกลวิธีการ สาธารณสุขมูลฐาน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย ในวารสารฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาที่น่าสนใจ อาทิเช่น 1)การประเมินผลโครงการการจัดบริการมีนิจญญารักษ์ในประเทศไทย 2)การพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน 3)การพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการ การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแล ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 4)ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของ ผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ 5)ผลของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้ พฤติกรรมและคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในชุมชน 6)ปัจจัยที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7)การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ อำเภอแม่ทะ จังหวัด ลำปาง 8)ปัจจัยทำนายภาวะเมตาบอลิกซินโดรมบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และ 9)การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เป็นต้น ผลงานดังกล่าวได้สะท้อนและบทเรียนในการพัฒนาต่อยอดความคิดในการ ปรับวิธีคิด วิธีทำงาน ของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อตอบโจทย์พื้นที่ได้อย่างมี ประสิทธิภาพยิ่ง ๆ ขึ้นไป

# วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2567

เนื้อเรื่อง

สารบัญ  
หน้า

การประเมินผลโครงการการจัดบริการมีนิจิตูญารักข์ในประเทศไทย : มีนา ซูใจ	1
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ : สกลวรรณ นະนวน	11
การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 : นัยนา หาญนะสุกิจ	22
ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ : ไอลดา มาเม่น, ภมรทิพย์ สาสนบูรณ์, พลอยไพสิน บุตสา	34
ผลของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้ พฤติกรรมและคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในชุมชน เทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ : พิชชาภรณ์ ดำริธรรมเจริญ	44
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดบริการปฐมภูมิขึ้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 : ธีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน	53
การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง : บุชนางค์ มณีวงศ์	64
ปัจจัยทำนายภาวะเมตาบอลิกซินโดรมบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ : บุญเรือน แก้วบังเกิด	74
การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือกศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ : นิทยา แซ่ลี และสิวพล สุวรรณบัณฑิต	81

## การประเมินผลโครงการการจัดบริการมินิธัญธารักษ์ในประเทศไทย

### Evaluation of the Mini-Thanyarak Service Project in Thailand

มีนา ชูใจ

Meena Choojai

กองบริหารการสาธารณสุข

Health Administration Division

Received: 30 Sep, 2024 Revised: 5 Nov ,2024 Accepted: 6 Nov ,2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดบริการมินิธัญธารักษ์ในประเทศไทย ความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคในการให้บริการมินิธัญธารักษ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการมินิธัญธารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าการจัดบริการมินิธัญธารักษ์ในประเทศไทยจาก 12 เขตบริการสุขภาพ จำนวน 110 แห่ง มีจำนวนเตียงให้บริการทั้งหมด 1,844 เตียง แบ่งเป็น Intermediate care 1,040 เตียง และ Long term care 804 เตียง มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลแบบ Full time จำนวน 82 คน ใน 68 แห่ง มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในหลายหลักสูตร เช่น หลักสูตรมินิธัญธารักษ์ เวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรเฉพาะทางต่างๆ มีผู้ป่วยสะสมรวม 2,638 ราย เป็นผู้ป่วย Intermediate care จำนวน 2,298 ราย และผู้ป่วย Long term care จำนวน 340 ราย ผู้ป่วยใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด เมื่อประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับสีเหลือง ความเสี่ยงในการให้บริการที่สำคัญคือการลักลอบออกไปภายนอกสถานที่บำบัด และการทะเลาะวิวาท ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร สถานที่ที่ไม่เหมาะสมงบประมาณไม่เพียงพอ และความไม่ชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วย ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดโครงสร้างการจัดบริการมินิธัญธารักษ์ให้ชัดเจน มีกรอบอัตรากำลังบุคลากรประจำ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน การจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและต่อเนื่อง กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญในการจัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ครอบคลุมและมีความเชี่ยวชาญในด้านที่จำเป็นต่อการให้บริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรพัฒนาระบบการเบิกจ่ายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

**คำสำคัญ :** มินิธัญธารักษ์, การประเมินแบบซิป, รูปแบบการจัดบริการ

#### Abstract

This research is an evaluation study aimed at examining the performance of the Mini-Tanyarak service model in Thailand, along with identifying the risks and problems in its implementation. The samples were 110 personnel serving as coordinators for the Mini-Tanyarak services in hospitals under The Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health. The research instrument was a questionnaire

developed by the researchers, which was validated by experts. Data were analyzed by using Frequency distribution, Percentages, Means, and content analysis. The findings indicate that there are a total of 1,844 service beds across 110 health service areas in Thailand, with 1,040 designated for intermediate care and 804 for long-term care. The healthcare workforce includes full-time doctors and nurses in 68 facilities, and full-time nurses in 82 facilities. Various training programs have been implemented for medical staff, including courses on Mini-Tanyarak, substance abuse medicine for doctors, and specialized training. A total of 2,638 patients have been treated, with 2,298 in intermediate care and 340 in long-term care. The most frequently abused substances are Methamphetamine and Ice. An assessment of patient severity using the OAS scale revealed that most patients fall into the yellow severity category. Significant risks identified in service provision include patients absconding from the treatment facility and incidents of violence. The study also identified several Problems and obstacles in service delivery, such as staff shortages, inadequate facilities, insufficient budgets, and a lack of clarity in the patient referral system. Recommendations from the research suggest that The Office of the Permanent Secretary should establish a clear structure for Mini-Tanyarak services, define personnel staffing requirements, and clarify roles and responsibilities. Adequate budget allocation should be made to improve and sustain service processes. The Department of Medical Services and the Department of Mental Health should prioritize comprehensive training for personnel to enhance their expertise in necessary service areas. The National Health Security Office should develop more efficient reimbursement system for the treatment of substance-related mental health patients.

**Keywords :** Mini Thanyarak, CIPP evaluation, service model.

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและรวดเร็ว จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (World Drug Report 2023, UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ในปี 2564 มีจำนวนประชากรกว่า 296 ล้านคนจากทั่วโลก เป็นเพศชายช่วงอายุ 15-64 ปี มีการใช้ยาเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุกๆ 17 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่า จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง 23% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย พบว่า มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย ในปี 2565 พบปัญหาการใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นเป็น 1.9 ล้านคน แต่การเข้าถึงบริการยังมีน้อยและล่าช้าเข้ารับการรักษาเพียง 127,425 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเสพติดยาบ้าจำนวน 102,141 คน คิดเป็นร้อยละ 80.16 (ระบบสท. กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดที่สูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม

การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร ผลที่ตามมาคือ เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ นอกจากนี้พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ยังมุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566) ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิก ยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยาและสารเสพติดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโรคร่วมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การดูแลรักษามีความยุ่งยากและซับซ้อน เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่บ้านและชุมชน

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่พัฒนาระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุและสารเสพติด มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุและสารเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปลอดภัยและไม่กระทบต่อสังคม ในปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้สูงอายุและสารเสพติดเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟู จำนวน 43,388, 47,905 และ 53,420 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยยาและสารเสพติดมีโรคทางจิตร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 20.42, 25.91 และ 26.99 ตามลำดับ โดยปัญหาการติดยาและสารเสพติดร่วมกับปัญหาทางจิตเป็นความผิดปกติที่พบร่วมกันได้บ่อย (Bostrom, 2011; Duckworth & Freedman, 2013; Taylor & Stuart, 2013 อ้างใน นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558) ข้อมูลจาก Social listening 2565 ยังพบว่า ร้อยละ 60 ของความรุนแรง เกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติด โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ในปี 2563 จำนวน 1,463 คน ปี 2564 จำนวน 2,782 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.2 และปี 2565 จำนวน 3,527 คน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.7 ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง 4 อันดับโรค ได้แก่ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชอื่นๆ โรคจิตเภท และโรคจิตเวหายาเสพติด (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งประเทศไทยมีจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยยาเสพติดรวมทั้งประเทศไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และไม่ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายพื้นที่บริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุและสารเสพติด ลดความแออัดในโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ พร้อมกับการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด พัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข(รัศมนกัถยาศิริ, 2561) ด้วยความร่วมมือจากกรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบขย.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง และกรมสุขภาพจิต จึงร่วมกันพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพและความพร้อมให้บริการดูแลผู้สูงอายุและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชระยะเฉียบพลัน

กึ่งเฉียบพลัน (Acute/Subacute care) การบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สะดวกต่อการเดินทาง ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายแก้ปัญหาเตียงไม่พอ(นิตชาล ศรีหรั่ง, 2559).

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษา 1) ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย 2) ความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคในการให้บริการมินิธัญญารักษ์

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ที่มีการจัดบริการในวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยใช้รูปแบบชิปโมเดล (CIPP model) ของ สตีฟเฟิลบีม (ศักดิ์ชัย ภูเจริญ, 2567)

**1. ประชากรที่ศึกษา** คือ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ครอบคลุมทุกจังหวัด ที่ได้เปิดให้บริการในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 – 31 มกราคม 2567 ซึ่งมี 149 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 149 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน 2) ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 2 ปี และ 3) มีความสนใจในการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ได้อย่างครบถ้วน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ได้แก่ ชื่อโรงพยาบาล วันที่จัดตั้งมินิธัญญารักษ์ และที่ตั้งของมินิธัญญารักษ์ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด รวม 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประเภทสถานพยาบาลยาเสพติด เป็นคำถามเกี่ยวกับประเภทสถานพยาบาลที่สังกัด จำนวนเพียงในแต่ละ

ประเภทการบำบัด (Acute care, Intermediate care และ Long-Term care) ลักษณะเป็นคำถามแบบเติมคำตอบ รวม 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยสะสมตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการและ ประเภทผู้ป่วยขณะแรกรับ ซึ่งแบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย (ประเมิน OAS): 2) กลุ่มสีแดง: ผู้ป่วยที่อาละวาด/คลุ้มคลั่ง 3) กลุ่มสีส้ม: ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ 4) กลุ่มสีเหลือง: ผู้ป่วยที่อาการสงบลงแล้ว และ 5) กลุ่มสีเขียว: ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย ลักษณะเป็นคำถามแบบเติมคำตอบ รวม 2 ข้อ โดยให้ตอบจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลบุคลากรและการฝึกอบรม เป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์แยกตามสาขาวิชาชีพและหลักสูตรที่ได้รับการอบรม ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำตอบ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นและวิธีจัดการความเสี่ยงในมินิธัญญารักษ์ ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ ด้านงบประมาณ และด้านระบบงาน ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าIOC ของแบบสอบถามผ่านเกณฑ์ในทุกข้อคำถาม

**3. การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยได้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นได้ส่งแบบสอบถามผ่านแพลตฟอร์ม Google Drive ในช่องทาง ไลน์ (Line) ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบ

**4. การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

## ผลการศึกษา

### 1) การประเมินสถานะแวดล้อม (Context Evaluation)

จากการศึกษาข้อมูลโรงพยาบาลที่ดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ จาก 12 เขตบริการสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุและสารเสพติดในระยะกลาง

(Intermediate care) และการบำบัดรักษาระยะยาว (Long term care) ที่เปิดให้บริการระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 ถึง 31 มกราคม 2567 และเปิดให้บริการไม่น้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 110 แห่ง จำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนระดับ M2, F1, F2 และ F3 จำนวน 21, 29, 55 และ 1 แห่งตามลำดับ จำนวนเตียงในการเปิดให้บริการรวมทั้งสิ้นจำนวน 1,844 เตียง จำแนกเป็น การดูแล Intermediate care จำนวน 1,040 เตียง และ Long term care จำนวน 804 เตียง

### 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

**2.1 การจัดบริการมินิธัญญารักษ์** จากการศึกษาพบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 6 มีการเปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์สูงสุด จำนวน 20 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 13.42 รองลงมาคือเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.08 เขตบริการสุขภาพที่ 8 และ 10 จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.07 เขตบริการสุขภาพที่เปิดให้บริการน้อยที่สุดคือเขตบริการสุขภาพที่ 3 เปิดให้บริการเพียง 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.68 เมื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ พบว่าการจัดบริการในรูปแบบระยะกลาง (Intermediate Care) พบสูงสุดที่เขตบริการสุขภาพที่ 5, 6 และเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวน 17, 15 และ 11 แห่ง ตามลำดับ ส่วนการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long Term Care) พบสูงสุดที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 และ 10 มีจำนวน 7 แห่ง และเขตบริการสุขภาพที่ 6 จัดบริการสูงเป็นอันดับ 2 จำนวน 6 แห่ง และมีเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 3 ไม่จัดบริการมินิธัญญารักษ์ในรูปแบบการดูแลระยะยาว

**2.2 จำนวนเตียงในการให้บริการ** จากการศึกษาพบว่า มีจำนวนเตียงในการเปิดให้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 1,844 เตียง จำแนกเป็นการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในรูปแบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) 110 แห่ง โดยเป็นการจัดบริการในรูปแบบหอผู้ป่วย (Ward) จำนวน 56 แห่ง มีจำนวนเตียงทั้งสิ้น 1,040 เตียง เขตบริการสุขภาพที่ 8, 1 และ 10 มีการให้บริการในรูปแบบ Ward มากที่สุด คือ 10 แห่ง โดยเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 10 ให้บริการในรูปแบบ ward จำนวน 7 แห่งเท่ากัน เขตบริการสุขภาพที่ 5 มีการให้บริการในรูปแบบ Corner มากที่สุด คือ 13 แห่ง การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว



# วารสารสารานุกรมสุขภาพ (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

(Long term care) มีจำนวน 39 แห่ง โดยส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการในรูปแบบของ ward คงมีเขตบริการสุขภาพที่ 9 และ 6 คงจัดบริการในรูปแบบ Corner จำนวน 2 และ 1 แห่งตามลำดับ รวมมีเตียงทั้งสิ้น 804 เตียง โดยเขตบริการสุขภาพ

ที่ 10 มีจำนวนเตียงในการให้บริการสูงสุด คือ 254 เตียง รองลงมาคือ เขตบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 245 เตียงและเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 230 เตียง ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนเตียงตามรูปแบบการจัดบริการจำแนกรายเขตบริการสุขภาพ**

เขตบริการสุขภาพ	รูปแบบการจัดบริการ (แห่ง)				จำนวน (เตียง)		รวมจำนวน (เตียง)
	Ward		Corner		Intermediate care	Long Term care	
	Intermediate care	Long Term Care	Intermediate care	Long Term Care			
1	10	0	1	0	170	0	170
2	6	1	2	0	72	20	92
3	0	0	4	0	23	0	23
4	3	1	5	0	63	16	79
5	4	1	13	0	76	30	106
6	4	4	11	1	126	104	230
7	2	6	6	0	62	163	225
8	7	6	1	0	95	150	245
9	3	2	4	2	89	44	133
10	7	5	2	0	103	151	254
11	6	3	2	0	70	70	140
12	4	3	5	0	91	56	147
รวม	56	32	56	3	1,040	804	1,844

**2.3 บุคลากรที่ให้บริการ** จากข้อมูลการเปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์ 110 แห่ง พบว่ามีเพียง 68 แห่งจำนวน 82 คนที่ปฏิบัติงานประจำ โดยเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีแพทย์ประจำมากที่สุด คือ 13 คน และมีจำนวน 87 แห่งที่มีพยาบาลประจำแบบ Full time ในหน่วยบริการที่ยังไม่มีพยาบาลประจำแบบเต็มเวลา คงใช้อัตรากำลังพยาบาลจากหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลหมุนเวียนให้การดูแลผู้รับบริการในมินิธัญญารักษ์ เมื่อศึกษาการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร พบว่าประเทศไทย มีการกำหนดหลักสูตรสำคัญในการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ทั้งสิ้น 7 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรมินิธัญญารักษ์ 10 วัน หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ หลักสูตรเวชศาสตร์พยาบาล

5 วัน/10 วัน หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินยาและสารเสพติด หลักสูตร FAST Model และหลักสูตร Matrix

### 3) การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation)

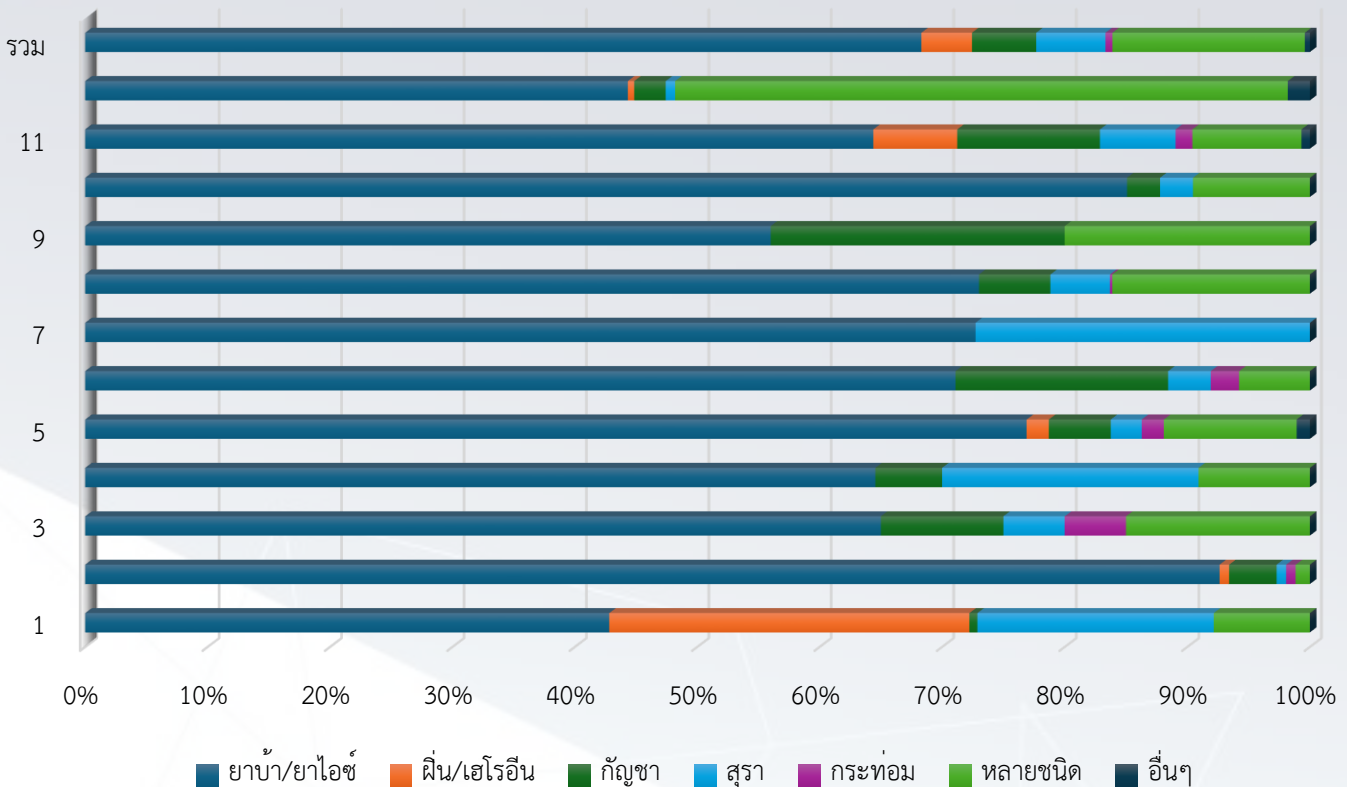
**3.1 การจัดการบริการ** จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการบำบัดแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ 1) การให้ความรู้ ได้แก่ พิษภัยจากยาเสพติด Harm Reduction สมองติดยาและสุขภาพจิตศึกษา 2) การฝึกทักษะ เช่น ทักษะการปรับตัว การรู้จักตนเอง ทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น ทักษะการประเมินตนเอง การสร้างแรงจูงใจ และทักษะการปฏิเสธ 3) กิจกรรมทางเลือก เช่น กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ดนตรีบำบัด สุขภาพช่องปากและฟัน ศาสนบำบัด เป็นต้น โดยการจัดการบริการในรูปแบบ

หอผู้ป่วย(Ward) และหอผู้ป่วยร่วม (Corner) ที่ปรับใช้ห้องพิเศษผู้ป่วยมาเพื่อจัดบริการจะมีการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นครบถ้วน หมุนเวียนรายสัปดาห์จนระยะเวลาบำบัดรักษาผู้ป่วยครบ 1 เดือนสำหรับการบำบัดระยะกลาง ส่วนการบำบัดระยะยาวใช้เวลาในการบำบัด 3 เดือนตามกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นและเพิ่มการฝึกอาชีพเข้ามาในกิจกรรมสำหรับหอผู้ป่วยร่วม (corner) ที่เป็นการจัด Zoning กิจกรรมการบำบัดรักษาขณะเน้นการบำบัดรักษาทางการแพทย์จนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ แล้วจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งใช้เวลาในการรักษาโดยเฉลี่ย 7 - 10 วัน จากนั้นจะนัดผู้ป่วยมาในลักษณะผู้ป่วยนอกเพื่อทำการฝึกทักษะและให้ความรู้ตามกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นจนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

**3.2 ผู้รับบริการ** เมื่อจำแนกกลุ่มผู้รับบริการตามประเภทการใช้ยาเสพติดและสารเสพติด พบว่า การใช้สารเสพติดกลุ่มยาบ้า/ยาไอซ์ มีจำนวนมากที่สุด คือ 1,802 ราย รองลงมาได้แก่ การใช้ยาเสพติดหลายชนิด ใช้สุรา กัญชา กลุ่มฝิ่น/เฮโรอีน กระทั่งมีจำนวน 414, 149, 138, 109 และ 15 รายตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์รายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด คือ 376 ราย ในขณะที่เขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด คือ 90 ราย การใช้กัญชา พบมากที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 และ 8 ดังภาพแสดง

## ประเภทของยาเสพติดและสารเสพติดที่รับบริการในมิถุนธรรักษ์

### จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ

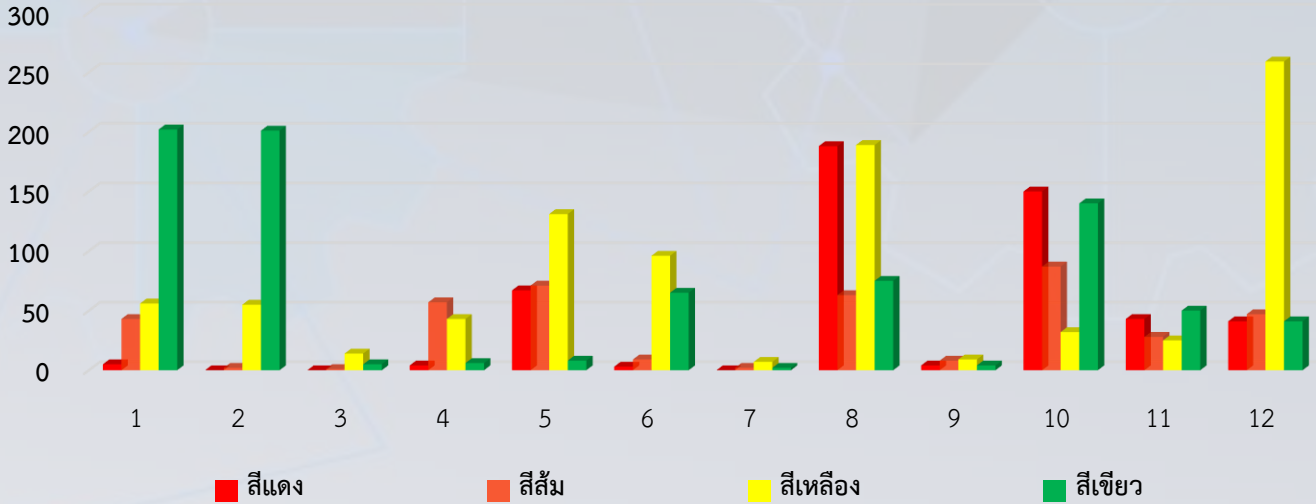


จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการจำแนกตามระดับความรุนแรง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) พบว่า ผู้รับบริการในมิถุนธรรักษ์ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มสี่เหลี่ยม 916 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.72 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มสี่เหลี่ยม สีแดงและสี่เหลี่ยม จำนวน 799, 505 และ 418 ราย คิดเป็น ร้อยละ 30.29, 19.14 และ 15.85 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์รายเขตบริการสุขภาพ

พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้รับบริการที่มีความรุนแรงในระดับสีแดงและเหลืองสูงสุด คือ 188 และ 189 รายตามลำดับ เขตบริการสุขภาพที่ 10 มีจำนวนผู้รับบริการที่มีความรุนแรงในระดับสีส้มสูงสุด คือ 87 ราย และเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 มีจำนวนผู้รับบริการที่มีความรุนแรงในระดับสีเขียวสูงสุด คือ 202 และ 201 รายตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงข้อมูลผู้รับบริการตามระดับความรุนแรง แยกตามเขตบริการสุขภาพ

ข้อมูลผู้รับบริการตามระดับความรุนแรง จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ



**3.3 การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร**  
พบว่า แพทย์จากโรงพยาบาลที่จัดบริการมีนิชฌานรักษ์ จำนวน 69 แห่งเข้ารับการอบรมในหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 62.73 มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในนิชฌานรักษ์ทั้งสิ้นจำนวน 207 คน ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่เข้ารับการอบรมในหลายหลักสูตรมากที่สุด โดยเฉพาะหลักสูตรมีนิชฌานรักษ์ 10 วัน มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 28.99 และการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 26.57 นักจิตวิทยาในบริการมีนิชฌานรักษ์มีทั้งสิ้น จำนวน 41 คนเข้ารับการอบรมในหลักสูตร FAST Model และ Matrix จำนวน 11 คนต่อหลักสูตร คิดเป็นร้อยละ 26.83 นอกจากนี้ยังพบว่าทุกหน่วยบริการมีแผนการบำบัดรักษา/คู่มือการบำบัดรักษา ได้แก่ แนวทาง การส่งต่อผู้ป่วยทางการแพทย์เพื่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น แผนการจัดการความเสี่ยง แผนการดูแลรักษาตาม Care map และ Clinical Practice Guideline (CPG)

สำหรับบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมีนิชฌานรักษ์ พบว่า ความรู้ที่ได้รับ มีความครอบคลุมและความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 80 สำหรับความไม่ครอบคลุมในการปฏิบัติงานนั้น มีความเห็นว่า เนื้อหาของหลักสูตรไม่ครอบคลุมการดูแลในระยะฉุกเฉินวิกฤติ (Acute care) มีการฝึกปฏิบัติจริงน้อย และควรแยกเนื้อหาของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน

**3.4 การจัดการความเสี่ยง** ประเภทของความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นจากการให้บริการ พบว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ การลักลอบออกไปภายนอกสถานพยาบาล จำนวน 45 รายการ รองลงมาได้แก่ การทะเลาะวิวาทจำนวน 32 รายการ และ การใช้ยาและสารเสพติด การดื่มสุรารายในสถานพยาบาล จำนวน 25 และ 2 รายการ ตามลำดับ ซึ่งวิธีการจำกัดพฤติกรรมในการบำบัดรักษา พบว่า หน่วยบริการมีการผูกมัดเพื่อจำกัดพฤติกรรมมากที่สุด 81 รายการ รองลงมาได้แก่ การใช้ยาในการจำกัดพฤติกรรม 70 รายการ มีห้องจำกัดพฤติกรรมทางการแพทย์ 12 รายการและมีการใช้ห้องขังในการจำกัดพฤติกรรม 4 รายการ

#### 4) การประเมินผลลัพธ์

**4.1 ผลลัพธ์ด้านบริการ** พบว่า จากการเปิดบริการมีนิชฌานรักษ์ มีผู้ป่วยสะสมรวมทั้งสิ้น 2,638 ราย เป็นผู้ป่วย Intermediate care จำนวน 2,298 ราย และ ผู้ป่วย Long term care จำนวน 340 ราย กลุ่มผู้ใช้บริการโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการสีเหลือง ทั้งสิ้น 916 ราย คิดเป็น 34.72 รองลงมาคือผู้รับบริการกลุ่มสีเขียว 799 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.29 กลุ่มสีแดงจำนวน 505 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.14 และกลุ่มสีส้ม จำนวน 418 รายคิดเป็นร้อยละ 15.85 ตามลำดับ เมื่อศึกษาประเภทยาเสพติด พบว่าผู้รับบริการที่เข้ายาบ้า/ยาไอซ์ มีจำนวนมากที่สุด การลักลอบออกไปภายนอกสถานพยาบาล เป็นความเสี่ยงที่พบมากที่สุด

**4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์** สามารถจำแนกปัญหาออกเป็น 4 ด้าน **ด้านบุคลากร** เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดจำนวน 78 รายการ ได้แก่ การขาดแคลนอัตรากำลังในการปฏิบัติงานประจำ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์ร่วมด้วย และบุคลากรในการปฏิบัติงานบางแห่งไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรในการบำบัดผู้เสพยาและสารเสพติด **ด้านสถานที่** จำนวน 49 รายการ ได้แก่ ไม่มีสถานที่เฉพาะในการจัดบริการ มีการจัดบริการร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป พื้นที่คับแคบ ไม่มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วย **ด้านงบประมาณ** จำนวน 34 รายการ ได้แก่ ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการ งบประมาณล่าช้า งบประมาณที่ได้รับไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์ที่มีความจำเป็นได้ วัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมต่างๆไม่เพียงพอ และ **ด้านระบบงาน** จำนวน 10 รายการ ได้แก่ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ายังไม่มีมาตรฐานชัดเจน

## สรุปผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทยถือเป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ โดยใช้แบบจำลองการประเมินแบบชิป (CIPP Model) ของสต๊อฟเฟิลบีม ซึ่งการดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2567 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการมินิธัญญารักษ์แห่งละคน จำนวน 110 คน ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน โดยมีจำนวนเตียงบริการรวมทั้งสิ้น 1,173 เตียง โดยแบ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) จำนวน 808 เตียง และการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) จำนวน 365 เตียง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ มีจำนวนสะสมทั้งหมด 2,638 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วย Intermediate care จำนวน 2,298 ราย และ Long term care จำนวน 340 ราย สำหรับประเภทของสารเสพติดที่ พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการคือ ยาบ้า/ยาไอซ์ มีจำนวนถึง 1,802 ราย รองลงมาคือการใช้สารเสพติดหลายชนิด ควบคู่กับการใช้สุรา

กัญชา และฝิ่น/เฮโรอีน เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามเขตบริการสุขภาพ พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด ส่วนเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนนับผู้ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นความแตกต่างในการใช้สารเสพติดระหว่างแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

การศึกษาในครั้งนี้ให้ข้อมูลสำคัญแก่การพัฒนา นโยบาย และการจัดการบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้บริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น โดยการพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างสังคมที่ปราศจากสารเสพติดต่อไปในอนาคต

## การอภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย **ในด้านบริบท** พบว่าสถานการณ์ปัจจุบันของระบบบริการมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดตั้งขึ้นในทุกจังหวัดครอบคลุมทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เขตสุขภาพหลายแห่งมีการให้บริการอย่างทั่วถึง มีการจัดบริการทั้ง 2 รูปแบบ คือ Intermediate Care และ long Term Care ครอบคลุมความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการคือความขาดแคลนทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ **ในด้านปัจจัยนำเข้า** พบว่ามีความแตกต่างในด้านปัจจัยนำเข้าระหว่างหน่วยบริการ เช่น งบประมาณ บุคลากร และการฝึกอบรม ในหลายพื้นที่ที่มีการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการบำบัดยาเสพติด แม้ว่าจะมีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องก็ตาม ปัญหาเรื่องการจัดสรรทรัพยากรและการจัดการบุคลากรที่เพียงพอยังคงเป็นข้อจำกัดสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการเขตบริการสุขภาพ คือ การจัดสรรทรัพยากรเหมาะสมและมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันทุกระดับ (พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ, 2558) **ในด้านกระบวนการ** พบว่า การให้บริการในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ มีการดำเนินงานที่เป็นระบบ โดยมีการใช้แนวทางการบำบัดที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ปัญหาในด้านระบบการส่งต่อ

และการจัดการผู้ป่วยยังคงเป็นความท้าทายในการปรับปรุงระบบการให้บริการ นอกจากนี้ การจัดการกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังขาดมาตรการที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ **ในด้านผลผลิต พบว่า** ผลการดำเนินงานบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพึงพอใจ มีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมากขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม การให้บริการในบางพื้นที่ยังต้องการการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การเพิ่มจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วย และการจัดหาบุคลากรที่มีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข พบปัญหาเช่นเดียวกันคือ การขาดจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด (อัศวพล ศุภศาสตร์ และจอมขวัญ รุ่งโชติ, 2562)

แม้ว่าการดำเนินงานของมินิธัญญารักษ์จะมีความก้าวหน้า แต่ยังคงมีปัญหาคอขวดด้านทรัพยากรและระบบการจัดการที่ควรได้รับการปรับปรุง ความสำเร็จในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยสามารถเพิ่มขึ้นได้หากมีการสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านงบประมาณ บุคลากร และการจัดการระบบ (อัศวพล ศุภศาสตร์, 2562)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการกำหนดโครงสร้างของการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ มีกรอบอัตรากำลังบุคลากรประจำ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน จัดสรรงบประมาณเพื่อการปรับปรุงกระบวนการให้มีความเพียงพอและต่อเนื่อง

2. เขตบริการสุขภาพควรจัดทำแผนพัฒนาเพิ่มเติมและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเต็มศักยภาพ พัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ไร้รอยต่อ

3. ควรพัฒนาระบบการเบิกจ่ายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดให้สอดคล้องกับรูปแบบการจัดบริการ

4. ควรให้ความสำคัญในการจัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ครอบคลุมและมีความเชี่ยวชาญในด้านที่จำเป็นต่อการให้บริการ

## ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับจังหวัด ควรมีแนวทางการรับผู้ป่วยเข้าสู่บริการมินิธัญญารักษ์ (Patient Journey) และพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้รูปแบบของกระทรวงเป็นหลักในการจัดทำเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ตลอดจนให้มีรูปแบบการจัดบริการแบบไร้รอยต่อทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

2. เขตบริการสุขภาพและโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีบุคลากรที่ปฏิบัติเป็นการประจำ (Full time) ในระบบบริการมินิธัญญารักษ์ โดยควรกำหนดให้มีสายการบังคับบัญชาและสายประสานงานที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดกระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการดำเนินงาน

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ เพื่อวัดผลการฟื้นฟูทางด้านจิตใจและการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วย

2. ควรมีการวิจัยเชิงลึก เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรมการใช้จ่ายยาเสพติดในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มที่เข้ายาบ้า ยาไอซ์ และสารเสพติดอื่นๆ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการป้องกันและบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการในเขตบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างและปัญหาเฉพาะในพื้นที่ อาจเป็นปัจจัยที่สามารถนำไปปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่แต่ละแห่ง

## เอกสารอ้างอิง

- United Nations Office on Drugs and Crime. (n.d.). *Prevalence of drug use*. Retrieved from <https://dataunodc.un.org/dp-drug-use-prevalence-nps>
- World Health Organization. (n.d.). *WHO lexicon of alcohol and drug terms*. Retrieved from [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการคัดกรองการประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care)*. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.
- นิศาชล ศรีหรั่ง. (2559). การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558). *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 24(1), 84-93.
- ประเสริฐ โพธิ์มี. (2562). การประเมินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ: ประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารสถาบันนาราศนราดรุณ*, 13(3), 128-136.
- พิชญา วัฒนการุญ และฐิติมา สงวนวิชัยกุล. (2557). อาการทางจิตเวชของผู้ป่วยในโรคจิตจากการใช้เมทแอมเฟตามีน. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 8(2), 11-20.
- พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2558). ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตบริการสุขภาพที่ 8. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(4), 696-707.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(1), 1-19.
- รัตน์ บัวสนธ์. (2556). รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้ CIPP and CIPPIEST Evaluation Models: Mistaken and Precise Concepts of Applications. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 5(2), 7-24.
- รัศมี กัลยาศิริ. (2561). *การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ชัย ภูเจริญ. *การประเมินผลโครงการ CIPP Model*. [Internet] เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2567. จาก [http://www.kruinter.com/show.php?id\\_quiz=630&p=1](http://www.kruinter.com/show.php?id_quiz=630&p=1)
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2566*. เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2567. จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9504>.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2563). *เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยและสารเสพติด*. บริษัทเดอะกรافیโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2552). *เทคนิคการประเมินโครงการ* (พิมพ์ครั้งที่ 6 ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). นนทบุรี: จตุพรดีไซน์.
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม (2566). *รวมกฎหมายยาเสพติดพร้อมด้วยกฎหมายรับรองที่เกี่ยวข้อง*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.
- อัศวพล ศุภศาสตร์. (2562). การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด: แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(2), 3-12.
- อัศวพล ศุภศาสตร์ และ จอมขวัญ รุ่งโชติ. (2562). การศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(1), 12-19.

**การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน  
ในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน**

**ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่**

**The Development of a Model for Strengthening Community  
Empowerment in Driving Road Safety  
in Nuea Khlong Subdistrict, Nuea Khlong District, Krabi Province**

**สกลวรรณ นะนวน**

Sakonwat Nanuan

**โรงพยาบาลเหนือคลอง**

Nueklong Hospital

Received: 16 Sep, 2024 Revised: 13 Nov ,2024 Accepted: 9 Nov ,2024

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและพัฒนาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนจำนวน 30 คน และการสนทนากลุ่มในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน จำนวน 60 คน วิเคราะห์ปัญหาการวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้เทคนิคฮิยาโรยัตตะ ตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการโดยวงจรต่อเนื่องกัน 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Plan) 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Act) 3) ขั้นตอนการสังเกตผล (Observe) และ 4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflect) หรือวงจร PAOR

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.73) อายุ 15-18 ปี (ร้อยละ 35.25) พฤติกรรมในการขับขี่ของเด็กและเยาวชนในเขตตำบลเหนือคลอง ส่วนใหญ่เดินทางมา โรงเรียนโดยขับรถจักรยานยนต์มาเอง (ร้อยละ 89.10) ไม่มีใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 90.00) ระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 94.95) ทักษะอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 75.63) และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 52.10) สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุในตำบล เหนือคลอง ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุทางถนน 258 ครั้ง (ร้อยละ 47.25) ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 75.52) อายุระหว่าง 10-29 ปี (ร้อยละ 84.45)

ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่ารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อน ความปลอดภัยทางถนน ประกอบด้วย 1) การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน 2) การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ การจัดทำข้อมูลสถานการณ์ และการนำเสนอผลการรับรู้และความตระหนักต่ออุบัติเหตุทางถนนของคนในชุมชน 3) การประชุมจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นแผนแบบบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานในชุมชน 4) การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เกิดแกนนำนักเรียนและแกนนำชุมชนที่มีพฤติกรรมขับขี่ที่ปลอดภัย 5) การแจ้งเหตุหรือรายงานข่าวอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ จากผลการดำเนินงานพบว่า ระบบการป้องกันอุบัติเหตุจากการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถผลักดันให้ทีมขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุและลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลงได้ จากผลศึกษาครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรขยายพื้นที่ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเป็นระดับอำเภอ

**คำสำคัญ :** การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ความปลอดภัยทางถนน

## Abstract

This research is a community-based research and development study. The objective is to develop a model to strengthen the community in driving road safety. Nuea Khlong Subdistrict, Nuea Khlong District, Krabi Province. Data were collected using a questionnaire in a sample of 30 children and youth and group discussions with people involved in strengthening the community in driving road safety. A total of 60 students analyzed the planning problems to prevent and solve road accidents using the Hiyarihatto technique according to the operational research process using a continuous cycle of 4 steps: 1) Planning stage, 2) Act procedure, 3) Observe procedure, and 4) Reflect procedure or PAOR Cycle.

The results of the study showed that the majority of respondents were males (65.73 percent) aged 15-18 years (35.25 percent). Most of them came. The school by driving a motorcycle (89.10 percent), not having a motorcycle driving license (90.00 percent), the level of knowledge is low (94.95 percent), attitudes are low (75.63 percent) and driving behavior to prevent traffic accidents is low (52.10 percent). The accident situation in Nuea Khlong sub-district was mainly 258 road accidents (47.25%), most of which were accidents caused by cars and motorcycles (75.52%), aged between 10-29 years old (84.45%).

The result of the group discussion, Community Strengthening Model in Road Accident Prevention It consists of: 1) Creating a mechanism to drive the prevention of road accidents in the community 2) Developing an accident information system in the area, preparing information on the situation, and presenting the results of awareness and awareness of road accidents among people in the community 3) Meeting to prepare a road accident prevention plan, which is a joint integrated plan of community agencies 4) Developing the capacity to prevent road accidents 5) Reporting or reporting road accidents in the area Based on the performance, it is found that the accident prevention system based on the participation of the community can drive the team to drive the implementation of accident prevention and reduce the death rate from road accidents. Based on the results of this study, it is recommended that the area for road accident prevention should be expanded to the district level.

**Keywords:** community strengthen, community participation, road safety

## บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในประเด็นนำกังวลของประเทศไทยที่สร้างความสูญเสียทั้งในแง่ของชีวิตและเศรษฐกิจต่อประเทศอย่างมหาศาล โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่าอุบัติเหตุทางถนนสร้างความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี แม้จะเป็นประเด็นปัญหาที่รุนแรง ทว่าประเทศไทยกลับยังไม่สามารถแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนได้ตามเป้าหมายทศวรรษด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2554 - 2563 ขององค์การอนามัยโลก โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยในปี 2563 นั้นอยู่ที่ 32.7 คนต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ 18 คน ต่อแสนประชากรในปี 2563 อย่างมาก (กรมควบคุมโรค, 2565)

ในปี 2565 จังหวัดกระบี่ มีสถิติจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสะสมปี อยู่ที่ ลำดับ 60 ของประเทศ และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร จำนวน 105 ราย มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จำนวน 5,253 ราย และในปี 2566 ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร จำนวน 99 ราย มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จำนวน 3,939 ราย (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, 2567) ในปี 2565 อำเภอเหนือคลอง มีการเกิดอุบัติเหตุจำนวน 52 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต จำนวน 3 ราย บาดเจ็บ จำนวน 64 ราย และในปี 2566 มีการเกิดอุบัติเหตุจำนวน 80 ครั้ง บาดเจ็บ จำนวน 428 ราย โดยตำบลเหนือคลอง มีจำนวนผู้เสียชีวิตมาเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ



31.37 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ 20 คน ต่อแสนประชากร ในปี 2566 (ศูนย์ ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, 2567)

จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของ จังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รวมถึงในพื้นที่ตำบลเหนือคลอง ซึ่งอยู่ในเขตอำเภอเหนือคลอง ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการสัญจร ของผู้ใช้รถใช้ถนนในการเดินทางไปยังเมืองกระบี่ และจังหวัด พังงา จังหวัดภูเก็ต นอกจากนี้ยังเป็นพื้นที่ตั้งสนามบิน นานาชาติกระบี่ ซึ่งมีการสัญจรของนักท่องเที่ยวจำนวนมาก ส่งผลกระทบทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต พิการและทรัพยากร ในการดูแลระยะยาว และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมาจาก 3 สาเหตุหลักคือ คน ยานพาหนะ และถนนและสิ่งแวดลอม โดยเฉพาะด้านคนผู้ขับขี่ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน (ปิยนุช และคณะ , 2565) กล่าวว่าการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจำเป็นต้อง ได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายในชุมชน ในการจัดการจุดเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทคนิค ฮิยาริ ฮัตโตะ (Hiyari Hoto) เป็นวิธีการหนึ่ง ที่ในการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความ ตระหนักและรับรู้ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน สามารถ นำมาประยุกต์ใช้และเหมาะสมกับสถานการณ์ประเทศไทย โดยการให้ชุมชนชี้จุดเสี่ยงวิเคราะห์สาเหตุและวางแผนในการ จัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน การสร้าง แผนที่จุดเสี่ยงนอกจากจะเป็นการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ มีการสืบค้น วางแผนและสร้างมาตรการความปลอดภัย สำหรับประเด็นปัญหาด้านการจราจรแล้วยังเป็นการกระตุ้นให้ ประชาชนหรือสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างถูกวิธี และเป็นการพัฒนาอย่าง ยั่งยืนอีกด้วย และการมีส่วนร่วมของคนองค์การในชุมชน จะทำให้มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหา ฟังตนเอง และเกิด

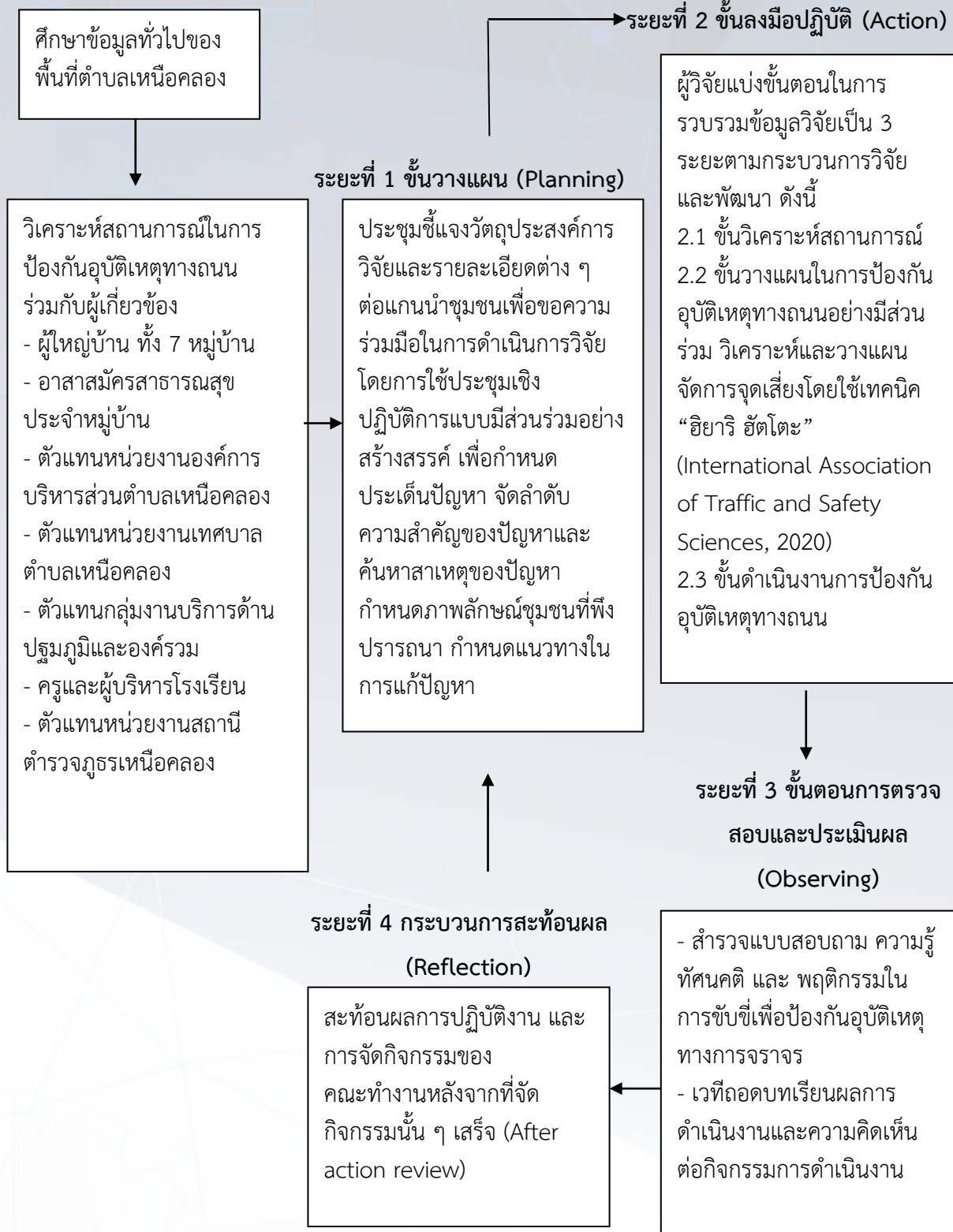
ความเข้มแข็งของชุมชนโดยแนวทางการเสริมสร้างความ เข้มแข็งของชุมชนสามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้ชุมชนได้ร่วม คิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ รวมทั้งการให้ ความรู้ และการสร้างจิตสำนึกเพื่อป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ ทางถนนรวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนน รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการควบคุม ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนสามารถป้องกันและลดอุบัติเหตุทาง ถนน (ถนอม บุญสุ, 2563; สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, 2557) อย่างไรก็ตามการพัฒนาในรูปแบบ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ซึ่งการนำ รูปแบบไปใช้ยังขึ้นกับบริบทพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนใน การขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ ชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือ คลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่
3. เพื่อประเมินรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ ชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือ คลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและพัฒนาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Participatory Action Research: CBPAR) ทำให้ได้รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังภาพประกอบที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ จำนวน 2 กลุ่มประชากร ประกอบด้วย

- 1) เด็กและเยาวชน
- 2) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ สมาชิกส่วนหนึ่งที่คัดเลือกมาจากประชากรเพื่อทำการศึกษาโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1) กลุ่มเด็กและเยาวชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา (Quota Sampling) คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเหนือคลองประจำบ้าน จำนวน 30 คน
- 2) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านจำนวน 7 หมู่, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ตัวแทนหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือคลอง, ตัวแทนเทศบาลตำบลเหนือคลอง, ตัวแทนกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลเหนือคลอง, ตัวแทนครูและผู้บริหารโรงเรียนในเขตตำบลเหนือคลอง และตัวแทนสถานีตำรวจภูธรเหนือคลอง รวมจำนวน 60 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หน่วยงาน ตำแหน่ง ประสบการณ์ทำงานด้านงานอุบัติเหตุทางถนน เป็นลักษณะคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด

ทัศนคติในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน ดังนี้

1 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

2 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อย

3 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

4 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก

5 หมายถึง ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

พฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นผู้ให้ข้อมูลไม่เคยปฏิบัติ

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติบ่อยครั้ง

เกือบทุกครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเกือบทุกครั้ง

ทุกครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติทุกครั้ง

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นข้อคำถามปลายเปิด

2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วยแนวคำถาม 6 ประเด็นดังนี้

2.1) การดำเนินการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัยทางถนน ท่านเห็นว่าแนวทางกระบวนการ กลไก วิธีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นอย่างไร

2.2) การสร้างระบบข้อมูลชุมชน จำเป็นหรือไม่อย่างไร และหากจำเป็นควรมีการสร้างระบบข้อมูลชุมชนในลักษณะหรือรูปแบบใด

2.3) การทำงานในลักษณะของเครือข่าย ความร่วมมือมีความจำเป็นหรือไม่อย่างไร และหากจำเป็น เครือข่ายที่ดีในความคิดของท่านควรเป็นเครือข่ายในลักษณะหรือรูปแบบใด

2.4) หลักการสำคัญหรือวิธีการสร้างปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหา ด้านความปลอดภัยทางถนนทางถนนตามความคิดเห็นของท่านคืออะไร

2.5) ท่านจะมีวิธีดำเนินการกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาด้วยวิธีการอย่างไร

2.6) ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัยทางถนนทางถนนมีอะไร อย่างไร

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การสร้างข้อคำถามของเครื่องมือแต่ละชุด ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร และแนวคำถามสนทนากลุ่มรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) หัวหน้างานอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเหนือคลอง 2) หัวหน้างานอุบัติเหตุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหนือคลอง 3) อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ทำการตรวจสอบ ความถูกต้อง ความครอบคลุม ความครบถ้วน ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด รวมถึงการใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC, Index of Item Objective Congruence) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้จริง เครื่องมือแบบสอบถามในงานวิจัยนี้มีค่า IOC = 1

2. การนำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยง (Reliability Test) โดยทดลองแจกแบบสอบถามให้เด็กและเยาวชน จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Alpha-coefficient) วิธีการครอนบาค (Cronbach) โดยเครื่องมือวิจัยนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ทำการทดลองใช้แล้ว (Try Out) มาปรับปรุงแก้ไข เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

## การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning : P) จัดประชุมกลุ่มเป้าหมายเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัย ภายหลังจากได้รับการอนุญาตจากองค์การบริหารส่วนตำบลเป้าหมาย ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ ต่อแกนนำชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จัดเตรียมสถานที่ และวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น ได้แก่ สมุด ดินสอ ปากกาลูกกลิ้ง เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Action : A) ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็น 3 ระยะตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

### 2.1 ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์

2.1.1) คณะผู้วิจัยลงพื้นที่หาแกนนำหลักในพื้นที่เป้าหมายเพื่อสร้างทีมงานชุมชน และความมีส่วนร่วมในชุมชน (Multidisciplinary and Community participation) โดยได้แกนนำหลัก ตำบลเหนือคลอง 1 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวน 3 คน หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ของโครงการ เพื่อให้แกนนำหลักไปค้นหาทีมงานชุมชนในพื้นที่

2.1.2) คณะผู้วิจัยจัดประชุม “ประชุมก่อเชื่อ จุดประกาย ชุมชน” สร้างความตระหนักแก่แกนนำหลักและทีมงานชุมชน ผู้เข้าร่วมจำนวน 18 คน ด้วยการนำเสนอให้เห็นถึงสถานการณ์และความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่จากคลิป VDO เหตุการณ์จริงและสร้างความเข้าใจถึงหลักการ แนวคิด และการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน (Safe Community และ Safe System)

2.1.3) คณะผู้วิจัยพัฒนาศักยภาพแกนนำหลักและทีมงานชุมชน ผู้เข้าอบรมจำนวน 18 คน จำนวน 3 ครั้ง โดยสร้างความรู้ความเข้าใจและความสำคัญของการใช้สารสนเทศ การเลือกใช้สารสนเทศ หลักการ แนวคิด และการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน การวางแผนการเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของพื้นที่ เทคนิคการสร้างควมมีส่วนร่วมของชุมชน และการตั้งเป้าหมายและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2.1.4) แกนนำหลักและทีมงานชุมชนร่วมกันวิเคราะห์บริบท ต้นทุนด้านความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่

และลงพื้นที่สำรวจปัจจัยเสี่ยง รวม 4 จุดและวิเคราะห์หาสาเหตุแกนนำหลักและทีมงานชุมชนร่วมกันลำดับความสำคัญของปัญหา โดยเน้นความสนใจหรือความร่วมมื่อ (Community concern) ของชุมชนและความง่ายในการแก้ปัญหา (Ease of management) โดยมีคณะผู้วิจัยเสริมศักยภาพ

2.1.5) คณะผู้วิจัยจัดเวทีให้แกนนำหลักและทีมงานชุมชนคืนข้อมูลจากผลสำรวจและประเด็นปัญหาที่สำคัญแก่ผู้บริหารท้องถิ่น แกนนำหลักและทีมงานชุมชนร่วมกับผู้บริหารท้องถิ่นร่วมกำหนดเป้าหมาย (สุดเสี่ยง : Priority) แนวทาง วิธีการดำเนินงาน (สุดคุ้ม : Cost effective) ทรัพยากรและผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหามาตามสาเหตุและปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิให้คำปรึกษา

2.1.6) คณะผู้วิจัยจัดประชุมผู้บริหารจังหวัด/ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขจุดเสี่ยงของพื้นที่ และนำเสนอผลการดำเนินงานของทีมงานชุมชน

2.1.7) คณะผู้วิจัยจัดประชุมทีมงานวิจัย จำนวน 9 ครั้ง เพื่อทบทวนสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน การติดตามการดำเนินงานของทีมงานชุมชน และสรุปรวบรวมผลจากการลงพื้นที่เสริมพลังให้ทีมงานชุมชน

2.2 ขั้นตอนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อย่างมีส่วนร่วม ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลเหนือคลองที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ให้แก่ทีมขับเคลื่อนหรือกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 60 คน ใช้เวลา 2 วัน โดยร่วมกันสะท้อนปัญหา สาเหตุ และผลกระทบ เพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักในปัญหา ร่วมกัน วิเคราะห์และวางแผนจัดการจุดเสี่ยง โดยใช้เทคนิค “ฮิยาริ ฮัตโตะ” (International Association of Traffic and Safety Sciences, 2020) โดยระบุตำแหน่งจุดเกิดเหตุ โดยใช้สติ๊กเกอร์ติดลงบนแผนที่ชุมชนโดยแบ่งเป็น (1) สีแดงคือ จุดเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิต (2) สีเหลือง คือจุดเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้บาดเจ็บสาหัส และ (3) สีเขียวคือจุดเกิดอุบัติเหตุที่บาดเจ็บเล็กน้อย จากนั้นให้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนว่าเกิดจากคน พาหนะ ถนนหรือสิ่งแวดล้อม แล้วร่วมกันวางแผนงานกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยกำหนดวิสัยทัศน์ ผลผลิต ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

กลุ่มเป้าหมาย วิธีการและกิจกรรม คนหลักและคนร่วมในการดำเนินงาน วันเวลา สถานที่ ดำเนินงานและการประเมินผล

2.3 ขั้นตอนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จากแผนงานกิจกรรมที่ได้นำมาดำเนินการ กับทีมปฏิบัติการ คือเด็กและเยาวชน จำนวน 64 คน กิจกรรม ได้แก่

2.3.1) การพัฒนาศักยภาพเด็กนักเรียนและเยาวชน ใช้เวลา 1 วัน โดยการอบรมให้ความรู้ กฎจราจร วินัยจราจร เครื่องหมายจราจร ประกันภาคบังคับ (พ.ร.บ.) และการขับขี่ปลอดภัย การพัฒนามาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน การช่วยฟื้นคืนชีพ การปฐมพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนน

2.3.2) การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ และแจ้งเหตุหรือรายงานข่าวอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ใช้เวลา 1 วัน

2.3.3) การพัฒนาศักยภาพอาสาจราจร ใช้เวลา 1 วัน

3. ขั้นตอนการตรวจสอบและประเมินผล (Observing: O) ได้แก่

3.1) สำรวจแบบสอบถาม ความรู้ ทักษะคติ และ พฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ในทีมปฏิบัติการ คือกลุ่มเด็กนักเรียนและเยาวชน จำนวน 30 คน

3.2) เเวทีถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน และ ความคิดเห็นต่อกิจกรรมการดำเนินงาน โดยการสนทนา กลุ่มทีมขับเคลื่อน จากตัวแทนกลุ่มผู้นำชุมชน 1 กลุ่ม 15 คน และทีมปฏิบัติการ จากตัวแทนกลุ่มเด็กและเยาวชน 1 กลุ่ม 15 คน จากนั้นนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ พัฒนาข้อเสนอหรือมาตรการในการควบคุมป้องกัน อุบัติเหตุทางถนน และสรุปผลการดำเนินงาน ใช้เวลา 2 วัน

4. กระบวนการสะท้อนผล (Reflection: R) ได้วางแผนให้มีการปรับปรุงแก้ไขในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยวางแผนให้มีการพูดคุยประเมินผล สะท้อนผลการปฏิบัติงาน และการจัดกิจกรรมของคณะทำงานหลังจากที่จัดกิจกรรมนั้น ๆ เสร็จ (After action review) เพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขในการจัดกิจกรรมไป

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

ทำการศึกษาในประชากร 2 กลุ่ม ประกอบด้วยเด็กและเยาวชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน โดยทำการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 – เมษายน 2567

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative analysis) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม มาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของแบบสอบถามด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้สถิติ เช่น ความถี่ ร้อยละ และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) อธิบายข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมในการขับขี่รถ และระดับการรับรู้ต่อพฤติกรรมที่เกิดอุบัติเหตุทางจราจร

การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร จำนวน 5 ข้อแต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0-1 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 0-5 คะแนน ใช้เกณฑ์ประเมิน ดังนี้

- กลุ่มที่ได้คะแนน 0-2 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับ ต่ำ
- กลุ่มที่ได้คะแนน 3-4 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับ ปานกลาง
- กลุ่มที่ได้คะแนน 5 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับ มาก

การวิเคราะห์ระดับทัศนคติและพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ใช้เกณฑ์ประเมิน ดังนี้

- 1 - 1.49 หมายถึง ทัศนคติในการขับขี่อยู่ในระดับ ต่ำ
- 1.50 - 2.49 หมายถึง ทัศนคติในการขับขี่อยู่ในระดับ พอใช้
- 2.50 - 3.49 หมายถึง ทัศนคติในการขับขี่อยู่ในระดับ ปานกลาง
- 3.50 - 4.49 หมายถึง ทัศนคติในการขับขี่อยู่ในระดับ มาก
- 4.50 - 5 หมายถึง ทัศนคติในการขับขี่อยู่ในระดับ มากที่สุด

การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ใช้เกณฑ์ประเมิน ดังนี้

- 1 - 1.49 หมายถึง พฤติกรรมในการขับขี่อยู่ในระดับ ต่ำ
- 1.50 - 2.49 หมายถึง พฤติกรรมในการขับขี่อยู่ในระดับ พอใช้
- 2.50 - 3.49 หมายถึง พฤติกรรมในการขับขี่อยู่ในระดับ ปานกลาง
- 3.50 - 4.49 หมายถึง พฤติกรรมในการขับขี่อยู่ในระดับ มาก
- 4.50 - 5 หมายถึง พฤติกรรมในการขับขี่อยู่ในระดับ มากที่สุด

2. การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ข้อมูลจากวิธีการเก็บข้อมูล 4 วิธี ร่วมกันในการตอบคำถามการวิจัย ได้แก่ การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Secondary Data) การสำรวจสถานการณ์ (Survey)

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (Participant & Non-Participant Observation) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ทำการสังเคราะห์และแยกแยะข้อมูลตามวัตถุประสงค์งานวิจัย จัดระบบและหาข้อสรุปของข้อมูล

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่ KBO - IRB 2023 / 33.1611 เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งสิทธิการเข้าร่วมวิจัยและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยภาพรวมไม่เจาะจงข้อมูลเป็นรายบุคคล และข้อมูลที่ใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น

## ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลเหนือคลอง การเกิดเหตุที่ต้องให้การช่วยเหลือของกู้ชีพ-กู้ภัยเหนือคลอง จำนวน 546 ครั้ง ในเขตพื้นที่ตำบลเหนือคลอง 7 หมู่ คือ หมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และ 7 พบว่าเป็นอุบัติเหตุทางถนน 258 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47.25 ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ร้อยละ 75.52 กลุ่มผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 10-29 ปี ร้อยละ 84.45 และจากการสำรวจข้อมูลความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการขับขี่ของนักเรียนในเขตตำบลเหนือคลอง กลุ่มเด็กและเยาวชนจากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเหนือคลองประชาบำรุง จำนวน 30 คน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.73 อายุระหว่าง 15 - 18 ปี ร้อยละ 35.25 เดินทางมาโรงเรียนโดยขับรถจักรยานยนต์มาเอง ร้อยละ 89.10 ไม่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 90.00 สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 20.25 ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.95 ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 75.63 และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.10

2. ผลการศึกษาการสนทนากลุ่ม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน เพื่อพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน รายละเอียดดังนี้

2.1) การสร้างกลไกในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง

ในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยจำแนกกิจกรรมออก 3 ประเภท คือ กิจกรรมที่ภาคีเครือข่ายและแกนนำชุมชนทำได้อเองในชุมชนตำบลเหนือคลอง กิจกรรมที่ร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น ขอการสนับสนุนด้านการพัฒนาโครงสร้างทางกายภาพในการสัญจรจากองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น และกิจกรรมที่ขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น เช่น ขอรับการสนับสนุนวิทยากรจากสถานีตำรวจ โรงพยาบาลและศูนย์ความปลอดภัยทางถนน เป็นต้น

2.2) การพัฒนาระบบข้อมูล ทำให้เกิดคณะทำงานรวบรวมข้อมูล นำชุดข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกัน โดยการใช้ประโยชน์จากข้อมูลนำมาวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุร่วมกัน เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนสภาพปัญหาจากข้อมูลที่จัดเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้พื้นที่เกิดการตื่นตัว จากผลของการคืนข้อมูล จุดเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ จำนวนการเกิดเหตุ การบาดเจ็บและการเสียชีวิต

2.3) การประชุมภาคีเครือข่ายการขับเคลื่อนถนนปลอดภัยในตำบลเหนือคลอง เกิดแกนนำและทีมงานในการขับเคลื่อนงานและคณะทำงานได้นำข้อมูลสภาพปัญหามาร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมติดตาม ประเมินผลการทำงานร่วมกันเกิดความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้องมีกัลยาณมิตรในการทำงานร่วมกัน

2.4) การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน สถานศึกษาปลอดภัย/โรงเรียนต้นแบบ เกิดแกนนำนักเรียนเกิดการตื่นตัวในโรงเรียนนำไปสู่มาตรการองค์กร ทำให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้รถใช้ถนนที่ปลอดภัย นักเรียนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นเกิดการขับขี่ที่ปลอดภัย ใส่ใจวินัยจราจร ชุมชนปลอดภัย ทำให้คนในชุมชนเกิดการรวมตัวรับรู้ตระหนักถึงปัญหาและเห็นถึงความสำคัญ เกิดความร่วมมือค้นหาแนวทางประชาคมหาข้อตกลงร่วมกัน ในชุมชนมีการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไข เกิดการประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มแกนนำชุมชน เครือข่ายการดำเนินงาน มีพฤติกรรมขับขี่ที่ปลอดภัย

3. การดำเนินงานในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การสร้างมาตรการองค์กรการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรในการสวม หมวกนิรภัยเกิดกิจกรรมการสวมหมวกนิรภัยในโรงเรียนและหน่วยงานองค์กรอย่างจริงจัง 2) การจัดทำสื่อสารประชาสัมพันธ์ การสื่อสารเรื่องถนนปลอดภัย มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการขับขี่ ,อย่างปลอดภัย 3) การติดตามประเมินผล มีข้อมูล มีการพูดคุย และติดตามประเมินผลร่วมกันจากผลงานที่ได้ร่วมกันดำเนินการ 4) การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยประชุมการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย กลยุทธ์และกิจกรรม เวลา และผู้รับผิดชอบวางแผนงานกิจกรรม ในการจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ การวิเคราะห์จุดเสี่ยงโดยใช้เทคนิค “ฮิยาริ ฮัตโตะ” อบรมค่ายเยาวชนถนนปลอดภัย การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพอาสาจราจรและเวทีถอดบทเรียนผลการดำเนินงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ พัฒนาข้อเสนอหรือมาตรการในการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

4. ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน รายละเอียดดังนี้ 1) อัตราการสวมหมวกนิรภัย เพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมโครงการ จากร้อยละ 15.23 เป็นร้อยละ 80.75 2) ความรู้ และทัศนคติ เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับมาก โดยความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ (ร้อยละ 76.64) เป็นอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 96.95) และทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก ระดับต่ำ (ร้อยละ 76.65) เป็นระดับมาก (ร้อยละ 82.25) 3) พฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จากระดับต่ำ (ร้อยละ 50.40) เพิ่มเป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.75) และสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน โดยพบว่าระหว่างการดำเนินงานพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน เดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567 พบว่ามีจำนวนอัตราการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนลดลงกว่าก่อนการดำเนินงาน จากจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.14 เหลือเพียง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.03 และไม่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

## อภิปรายผลและสรุปผล

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอนเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ เนื่องจากบริบทพื้นที่ตำบลเหนือคลองมีถนนสายหลักเข้าสู่ตัวเมืองกระบี่ เป็นถนนสายตรงทำให้รถส่วนใหญ่ขับเร็วเกินกำหนด และมีแหล่งชุมชนเช่น ตลาดสด โรงเรียน ร้านอาหาร ทำให้คนส่วนใหญ่ นิยมสัญจรด้วยรถจักรยานยนต์เพื่อความสะดวกในการเดินทาง ผู้ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่อายุ 10-29 ปี เนื่องจาก ส่วนใหญ่ขาดความรู้และไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ขาดทักษะและสติในการขับขี่ ทำให้เกิดความเสียหายในการเกิดอุบัติเหตุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของเกตุกมล ทิพย์ทิพย์วงศ์ (2566) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายจราจรมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดสุโขทัย

รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอนเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย 1) การสร้างกลไกในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในชุมชน โดยให้ทีมพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 2) การพัฒนาระบบข้อมูล เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนสภาพปัญหาจากข้อมูลที่จัดเก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลทำให้พื้นที่เกิดการตื่นตัวจากผลของการคืนข้อมูล จุดเสี่ยง จำนวนการเกิดเหตุการณ์บาดเจ็บและการเสียชีวิต 3) การประชุมภาคีเครือข่ายการขับเคลื่อนความปลอดภัยในตำบล เกิดแกนนำและทีมงานในการขับเคลื่อนงาน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมติดตามประเมินผลการทำงานร่วมกันเกิดความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้องมีกัลยาณมิตรในการทำงานร่วมกัน 4) การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ประกอบไปด้วย ด้านสถานศึกษาปลอดภัย/โรงเรียนต้นแบบ เกิดแกนนำนักเรียน เกิดการตื่นตัวในโรงเรียนนำไปสู่มาตรการองค์กร โรงเรียนสวมหมวกนิรภัย 100% ด้านชุมชนปลอดภัย ทำให้คนในชุมชนเกิดการรวมตัวรับรู้ตระหนักถึงปัญหาและเห็นถึงความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุชและคณะ (2565) พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มี 5 องค์ประกอบคือ 1) การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน 2) การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ 3) การประชุมจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 4) การพัฒนาศักยภาพในการป้องกัน

อุบัติเหตุทางถนน และ 5) การแจ้งเหตุหรือรายงานข่าวอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่

การประเมินรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน ตำบลเหนือคลอง อำเภอนเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย 1) การสร้างมาตรการองค์กร การประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรในการสวมหมวกนิรภัยเกิดกิจกรรมการสวมหมวกนิรภัยในโรงเรียนและหน่วยงานองค์กรอย่างจริงจัง 2) การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องถนนปลอดภัย มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการขับขี้อย่างปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ 3) การติดตามประเมินผล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การพูดคุยและติดตามประเมินผลร่วมกันจากผลงานที่ได้ร่วมกันดำเนินการ 4) การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยประชุมการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย กลยุทธ์ กิจกรรม เวลา และผู้รับผิดชอบวางแผนงานกิจกรรมในการจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ละมัย หลักทอง (2567) พบว่า การป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนมี 5 ขั้นตอน 1) การสร้างเครือข่ายคนทำงาน 2) การจัดการและพัฒนาระบบฐานข้อมูล 3) กำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติการ 4) การปฏิบัติตามแผน และ 5) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา อภิปรายผลและสรุปผล เสนอต่อผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อวางแผนและจัดทำนโยบายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนระดับตำบล เกิดทีมขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนระดับตำบลเพื่อให้เกิดการวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผลในการป้องกัน การลดอุบัติเหตุทางถนน

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอและระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน
2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยเหลือผู้ที่ประสบอุบัติเหตุและฟื้นคืนชีพเบื้องต้น รวมถึงเพิ่มความรู้เรื่องกฎหมายทางจราจร



## เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565 – 2570.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3427420230523063416.pdf>

เกตุกมล ทิพย์ทิพย์วงศ์. (2566). รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการขับเคลื่อนของสถานักเรียน ในจังหวัดสุโขทัย. สารานุกรมสุขศาสตร์ชุมชนบัณฑิต : มหาวิทยาลัยนเรศวร

ถนนอมศักดิ์ บุญสุ, อรรณพ สนธิไชย และปณิตา ครองยุทธ. (2563). รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 7(3): 309-321.

ปิยนุช ภิญโญ และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 49(1) : 160-174.

ละมัย หลักทอง. (2567). การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสองดาว (พขอ.) จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 5(1) : 105-116.

สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์. (2557). เอกสารรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน ภาคใต้ ปี 2557. ภูเก็ต : แผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด (สอจร.ภาคใต้).

Accident Information Center To strengthen road safety culture. (2024). Collection of statistics on road accidents [Internet]. 2024. [Accessed 9 August 2024]; Accessible from : <https://www.thairsc.com/>

**การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ  
ประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานตาม  
มาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง  
ลักษณะที่ 3 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5**

**Development of a Participation Model for Health Establishment Networks  
Focused on Elderly or Dependent Care Services in Compliance  
with Standard 3: Health Service Support Center 5.**

**นัยนา หาญระสุกิจ**

Naiyana Hantanasukit

**ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**

Health Service Support Center 5, Department Of Health Service Support

Received: 9 Oct, 2024 Revised: 25 Nov ,2024 Accepted: 2 Dec ,2024

**บทคัดย่อ**

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าของกิจการ ผู้ดำเนินการ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 93 คน การศึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และการประเมินผลลัพธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาสถานการณ์ก่อนดำเนินงาน พบว่า มาตรฐานทั้ง 3 ด้านมีบางข้ออยู่ระหว่างปรับปรุง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายอยู่ระดับปานกลาง หลังการพัฒนารูปแบบ เครือข่ายสามารถดำเนินงานได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดทุกด้านทุกข้อ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายอยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนากิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบ, การมีส่วนร่วม, เครือข่าย, มาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

**Abstract**

This developmental research aimed to establish a participatory model for the network of healthcare establishments to specifically care for elderly and dependent individuals under the operational standards type 3. The sample groups of the study are business proprietors, operators, service providers, and service recipients within the area of the establishments' responsibilities of the health service support center, accumulating 93 individuals in this sample group. There are 3 phases in this research: a situational analysis, the network participation

model development, and the outcome evaluation from the data collection using questionnaires. The collected data is measured through the frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation. The result of the findings from the situational analysis shows that areas for improvement within the preexisting 3 standards framework, along with a moderate level of the network participation model. Following the implementation of the developed model, there is the network that operates according to the legally mandated standards, alongside a significant increase in the network participation, considered as high level. Overall satisfaction with the participatory model for the development of Type 3 elderly or dependent individuals care business was high. Also, it has been found that satisfaction with service quality was related to satisfaction with the overall service of healthcare establishments in the elderly or dependent individuals care businesses at a statistical level of 0.01

**Keywords :** Model Development, Participation , Networks, service quality satisfaction and service delivery

## บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกและของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป ทั้งจากสัดส่วนและขนาดจำนวนประชากร ที่ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2564 องค์การสหประชาชาติแบ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง มีคนอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 10% หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 7% ของประชากรทั้งประเทศ 2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง มีคนอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า 14% ของประชากรทั้งประเทศ และ 3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) หมายถึง มีคนอายุ 60ปีขึ้นไป มากกว่า 28% หรือมีคนอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุในระดับต่าง ๆ จะพิจารณาจากจำนวนประชากรจะเห็นได้ว่าจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นรวดเร็วอย่างเห็นได้ชัด โดยจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะในปี 2543 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียงร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้นจนเข้าสู่ระดับก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ในปี 2553 ร้อยละ 12.9 และเมื่อคาดการณ์ไปในอนาคต พบว่า ปี 2573 มีแนวโน้มที่จะอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) นั่นคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

และในปี 2583 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศไทยอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) มากกว่าร้อยละ 28 (กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2564) จากข้อมูลของกรมการปกครอง ประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งสิ้น จำนวน 12,071,837 คน (ร้อยละ 18.2) ของประชากรทั้งหมด ผู้หญิง จำนวน 6,71,724 คน และผู้ชายจำนวน 5,320,113 คน แบ่งตามกลุ่มวัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยต้น อายุ 60-69 ปี จำนวน 6.8 ล้านคน (ร้อยละ 56.4) กลุ่มวัยกลาง อายุ 70-79 ปี จำนวน 3.5 ล้านคน (ร้อยละ 29.1) และกลุ่มวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1.8 ล้านคน (ร้อยละ 14.5) (กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2564) จากภาวะความเสื่อมถอยของสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจและสังคมในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาตามมาของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังขาดความชัดเจน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยและหรือมีอายุมากและการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังต้องเป็นบทบาทของครอบครัว (จารุวรรณ โคตรเงิน, 2562) และผู้สูงอายุถูกทิ้ง ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวโดดเดี่ยวและยากจน ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและเกิดอุบัติเหตุไม่ได้รับการช่วยเหลือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2567) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากและอยู่ในภาวะพึ่งพิง จำเป็นที่ต้องการได้รับการดูแลเป็นพิเศษ แต่เนื่องจากสถานการณ์ความพร้อมของคนใน

ครอบครัวยังขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และบางครอบครัว บุตร หลาน จำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จึงจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาสถานบริการ การดูแลผู้สูงอายุ หรือธุรกิจที่เปิดบริการดูแลผู้สูงอายุ จึงได้มี ธุรกิจบริการผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นเพื่อรองรับ ดังนั้น ครอบครัวสามารถที่จะเลือกใช้บริการธุรกิจดูแลผู้สูงอายุเป็น ทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยแบ่งเบาภาระดูแลของครอบครัวบุตร หลาน รวมทั้งเป็นที่พึ่งให้แก่ผู้สูงอายุ

องค์กรภาครัฐและภาคเอกชนจึงได้มีการพัฒนาธุรกิจ ต่าง ๆ ขึ้นมารองรับกับการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุหลาย รูปแบบ รูปแบบที่หลากหลายของธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุ สามารถตอบสนองกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาวะ ทางร่างกาย และศักยภาพทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันไป การที่จะทำให้อุตสาหกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จได้ นั้น สถาบันอุดมศึกษาแต่ละแห่งจึงจัดหลักสูตรให้ความรู้แก่ ผู้ให้บริการที่มีใจรักในการบริการดูแลผู้สูงอายุ มีมนุษยสัมพันธ์ ที่ดี มีความอดทน และความรู้พื้นฐานด้านการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า, 2561) และขั้นตอนกระบวนการให้บริการ การจัดสถานที่ให้บริการ การจัดเตรียมเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ด้วย ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาธุรกิจบริการผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และการบริการที่เป็นเลิศด้วย (ฐิติรัตน์ จันทรรดา และกิตติพงษ์ ตรีกุลโชคอำนวย, 2563)

จากการดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุน ประเมิน มาตรฐานระบบบริการสุขภาพแก่สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภท กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พบว่า สถาน ประกอบการประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะ พึ่งพิง ลักษณะที่ 3 การให้บริการดูแลและประคับประคอง ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยมี การพักค้างคืน มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานมาตรฐาน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านสถานที่ เช่น การไม่ติดแผ่นป้ายชื่อไว้บริเวณ ด้านหน้าหรือตัวอาคาร ไม่มีหน่วยบริการที่ส่งต่อ และหมายเลข โทรศัพท์ที่ติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและขนาดความกว้างประตู ห้องน้ำ มือจับแบบก้านโยกหรือแกนผลักไม่สามารถเปิดจาก ภายนอกได้ 2) มาตรฐานด้านความปลอดภัย เช่น ไม่มีป้ายหรือ

ข้อความเตือนจุดเสี่ยง/อันตราย ไม่มีอุปกรณ์ช่วยพื้นคืนชีพ เช่น ถูกลมช่วยหายใจ อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ ไม่กดลิ้น และไม่มีเครื่องกระตุ้นหัวใจ 3) มาตรฐานด้านการให้บริการ เช่น ไม่มีหลักฐานการบันทึกในการส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูสุขภาพ ของผู้สูงอายุในแต่ละรายตั้งแต่แรกรับจนถึงปัจจุบัน ไม่มีเมนู/ รายการในการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพของสถานประกอบการ และเอกสารการประเมินต่างๆ ยังไม่ครบตามที่กฎหมายกำหนด และด้านบุคลากร เช่น ผู้ดำเนินการยังไม่ผ่านการรับรองจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้ดำเนินการที่เรียนจบหลักสูตร 130 ชั่วโมง แต่ยังไม่ผ่านการสอบผู้ดำเนินการจากกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ และพบว่า ผู้ให้บริการที่จบก่อนกฎกระทรวง สาธารณสุขมีวุฒิบัตร แต่ไม่ตรงหลักสูตรผู้ให้บริการ 420 ชั่วโมง ฯลฯ เป็นต้น (ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) และพบว่า มีปัญหาการขาด แคลนบุคลากรทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ หรือการจ้างคน ชั่วคราวมาทำแทน (จารุรัตน์ พัฒนทอง, 2564)

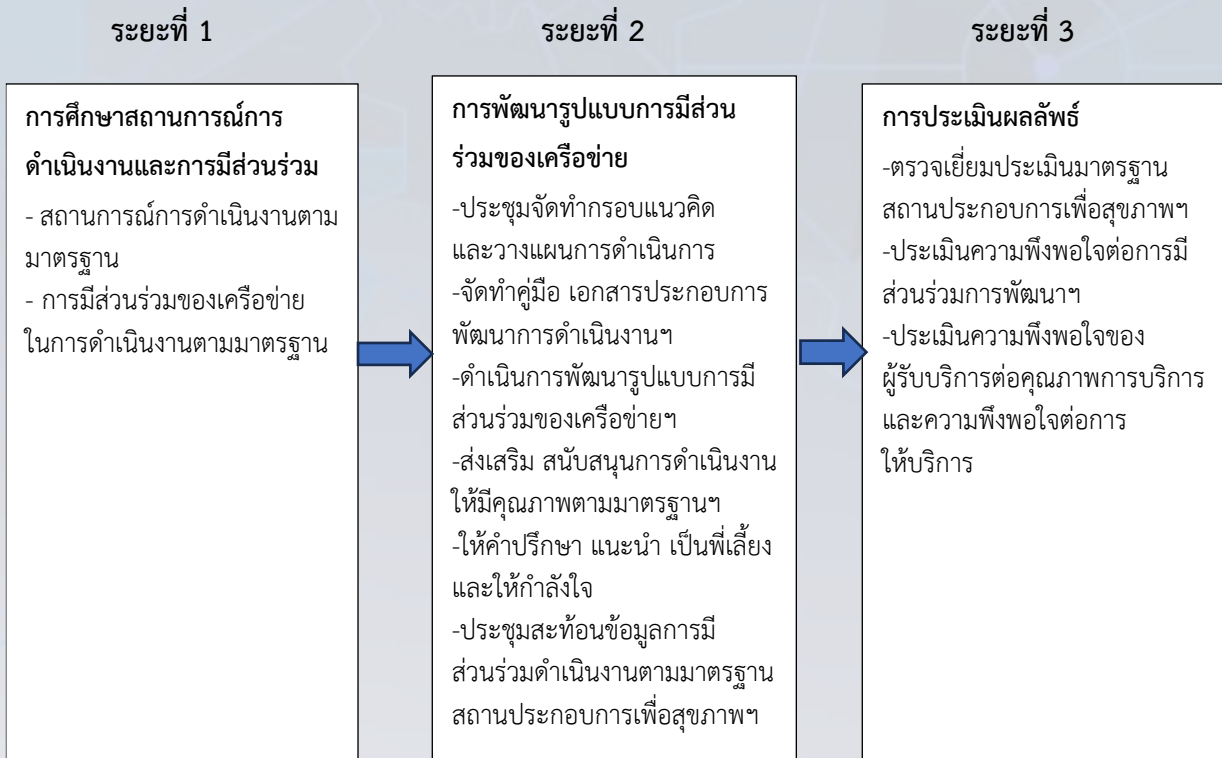
จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมี ความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการ ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในการดำเนินงานตาม มาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะ พึ่งพิงลักษณะที่ 3 เป็นการให้บริการดูแลและประคับประคอง ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยมิ การพักค้างคืนให้มีมาตรฐานตามกฎหมาย เพื่อใช้เป็นต้นแบบ และแนวทางในการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วม และความ ร่วมมืออันดีในการพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐานสถาน ประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้เกิดความ ยั่งยืน ต่อเนื่องและส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถาน ประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อ คุณภาพการบริการกับความพึงพอใจต่อการให้บริการของ เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการ ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3

## กรอบแนวคิด



### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3

2. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนา และส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ในพื้นที่เป้าหมายมีมาตรฐานตามกฎหมายกำหนดอย่างถูกต้อง

### วิธีการศึกษา

1. **รูปแบบการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ระยะคือ การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานและการมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และการประเมินผลลัพธ์

2. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรในการศึกษา

ครั้งนี้ ได้แก่ เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงลักษณะที่ 3 ในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ราชบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ประกอบด้วย เจ้าของกิจการ ผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการ จำนวน 97 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 93 คน

3. **ขั้นตอนดำเนินการวิจัย** แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานและการมีส่วนร่วม**

1) ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5

2) วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปสถานการณ์การดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ เครือข่าย

1) ประชุมจัดทำกรอบแนวคิดการวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และวางแผนการดำเนินการวิจัยร่วมกับหน่วยงานภายในศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2) จัดเตรียมคู่มือ เอกสารประกอบการพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงลักษณะที่ 3 ของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3

3) ดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3

4) ส่งเสริม สนับสนุนเครือข่ายในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ให้มีการให้บริการมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านบริการ ให้คำปรึกษา แนะนำ เป็นพี่เลี้ยงและให้กำลังใจในการดำเนินงาน

5) ประชุมสะท้อนข้อมูลการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3

## ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์

1) ติดตามผลการดำเนินงานของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามมาตรฐาน

2) ตรวจสอบประเมินมาตรฐาน และประเมินความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนากิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

3) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการ และความพึงพอใจต่อการให้บริการของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3

## 4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการดำเนินการตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 และการมีส่วนร่วมของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนากิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการและการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 การให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยมีการพักค้างคืน

## 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการในการจัดเก็บข้อมูลของเครื่องมือแต่ละชุดให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม เก็บข้อมูลในช่วงการดำเนินงานระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2567

ชุดที่ 2-3 แบบประเมินความพึงพอใจ เก็บข้อมูลในช่วงการดำเนินงานระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2567

6. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ เกลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน - ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

## ผลการศึกษา

สถานการณ์การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 พบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามมาตรฐานทุกด้านอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100.00 แต่มีบางข้ออยู่ ระหว่างดำเนินการปรับปรุง

ด้านสถานที่ ได้แก่ การจัดทำระบบการควบคุมพาหะนำโรคตามหลักสุขาภิบาล และจัดทำพื้นที่บริเวณที่ให้บริการมีแสงสว่างจัดทำประตูเป็นแบบเปิดออกภายนอกหรือแบบบานเลื่อนจัดทำอ่างล้างมือ มีราวจับที่ด้านข้างของอ่างเพื่อช่วยการพยุงตัวขณะยืน และจัดทำราวจับตั้งแต่ประตูไปจนถึงโถส้วมและบริเวณที่อาบน้ำ และการจัดท่าระดับพื้นผิวภายในห้องน้ำราบบเรียบเสมอกัน ด้านความปลอดภัย ได้แก่ มีการจัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะเสี่ยงและภาวะฉุกเฉิน และจัดทำมาตรการตรวจสอบระบบความปลอดภัยในการให้บริการปีละหนึ่งครั้ง และด้านบริการ ได้แก่ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม กิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพในสังคมตามความเหมาะสมแก่ผู้รับบริการ

การมีส่วนร่วมดำเนินการตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 พบว่า เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพฯ ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดำเนินการตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 โดยรวม เท่ากับ 3.09 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.43 และมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดำเนินการตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการ, มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา, มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับดำเนินงานให้แก่บุคลากรภายในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ฯลฯ ตามลำดับ

การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยนำข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง มาวิเคราะห์ สังเคราะห์วางแผนการจัดทำแนวทางการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน อันได้แก่ การประชุมจัดทำกรอบแนวคิดการวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ, การวางแผนการดำเนินการวิจัยร่วมกับหน่วยงานภายในศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง, จัดเตรียมคู่มือ เอกสารประกอบการพัฒนาการดำเนินงาน

ตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 ได้แก่ องค์ความรู้เกี่ยวกับกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐาน ด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563, การขออนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และคู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ฯลฯ เป็นต้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพการบริการได้มาตรฐาน, ให้คำปรึกษาแนะนำ และเป็นพี่เลี้ยง เกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้มีมาตรฐานตามกฎหมาย และติดตามผลการมีส่วนร่วมพัฒนาการดำเนินการตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตรวจเยี่ยมประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และประชุมสะท้อนข้อมูลการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พบว่า เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนากิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 โดยรวม เท่ากับ 4.64 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .49 และ มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนากิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 โดยรวมอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการและความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมการบริการ ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการบริการ ด้านสร้างความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจ และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านปัจจัยสี่ด้านการแพทย์และอนามัย ด้านกายภาพบำบัด ด้านกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา และด้านกิจกรรมนันทนาการ และพบว่า ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงภาพรวม ( $r = .793, P = .000^{**}$ ) และความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการด้านความเป็นรูปธรรมการบริการ ( $r = .862, P = .000^{**}$ ) ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ ( $r = .739, P = .000^{**}$ ) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการบริการ ( $r = .704, P = .000^{**}$ ) ด้านสร้างความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ ( $r = .735, P = .000^{**}$ ) และด้านความเห็นอกเห็นใจ ( $r = .729, P = .000^{**}$ ) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการภาพรวม ของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ ความพึงพอใจต่อการให้บริการด้านปัจจัยสี่ ( $r = .795, P = .000^{**}$ ) ด้านการแพทย์และอนามัย ( $r = .839, P = .000^{**}$ ) ด้านกายภาพบำบัด ( $r = .699, P = .000^{**}$ ) ด้านกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา ( $r = .561, P = .000^{**}$ ) และด้านกิจกรรมนันทนาการ ( $r = .542, P = .000^{**}$ ) มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการภาพรวมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลจากการจัดประชุมสะท้อนข้อมูลการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ส่วนใหญ่เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง บอกว่าแนวคิดที่ให้ผู้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่เคยทำ ส่วนมากจะเป็นการมอบหมายงานให้ผู้บุคลากรปฏิบัติเป็นรายบุคคล เนื่องจากสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง มีบุคลากรจำนวนจำกัด และขาด

ความรู้เฉพาะทาง ดังนั้น จึงไม่เคยให้ผู้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม แต่พอได้เข้ามารับการอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 และการมีส่วนร่วม เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จึงได้นำองค์ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน ด้านสถานที่ความปลอดภัย การให้บริการ และการจัดสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 โดยเปิดโอกาสให้ผู้บุคลากรทุกหน่วยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล และการรับผลประโยชน์ เข้ามามีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ทำให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับองค์ความรู้ที่ได้รับ และเมื่อเวลาเกิดปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้รับผิดชอบก็จะมีการประชุมงาน การประชุม เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันของบุคลากรภายในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 และส่งผลให้เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 85 แห่ง (ร้อยละ 92) และการประชุมสะท้อนข้อมูลครั้งนี้ ทำให้เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่น ตลอดจนปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ได้แก่ การตรวจมาตรฐานถ้ายังไม่ผ่าน ควรระบุให้เวลาแก้ไข และถ้ายังไม่ผ่านควรทำอย่างไร เพื่อให้ผู้มารับบริการจะได้รับความปลอดภัย, มีศูนย์เตือน และผู้รับดูแลตามโรงพยาบาลที่ไม่มีใบรับรองจาก



กระทรวงสาธารณสุข, ปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และญาติของผู้สูงอายุปกปิดข้อมูล เช่น ปกปิดโรคที่ผู้สูงอายุเป็น ไม่บอกให้ชัดเจน และไม่พาไปรักษาที่โรงพยาบาล ญาติทอดทิ้งผู้สูงอายุ และไม่จ่ายค่าดูแลผู้สูงอายุ ฯลฯ

## อภิปรายผล

สถานการณ์การดำเนินงานของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามมาตรฐาน โดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านบริการ อาจเนื่องมาจากปัจจุบันธุรกิจประเภทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุกำลังเร่งเตรียมรับมือกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการแข่งขันทางธุรกิจบริการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และมีการให้บริการที่หลากหลาย สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการขออนุญาตประกอบกิจการ, ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง, ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน ด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย การให้บริการ และการจัดสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563, มีการอบรมหลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และการอบรมจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การอบรมและการประชุมสัมมนาจากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 ที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี เป็นต้น ฯลฯ และพบว่า มีปัญหาและอุปสรรค ต่อการดำเนินการตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ มีศูนย์เถื่อน, ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นทำให้มีการแข่งขันสูง, ด้านกฎหมายยังไม่ครอบคลุม ยังมีช่องโหว่, มาตรฐานในการดูแลผู้รับบริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงแต่ละแห่งไม่เท่ากัน ผู้รับบริการเปรียบเทียบกันที่ราคาต่ำกว่า, ขาดบุคลากรเฉพาะด้านที่มีความรู้เฉพาะทางในการปฏิบัติหน้าที่ในการปรับปรุงมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และ

งบประมาณมีอยู่อย่างจำกัด, ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่จะปฏิบัติงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง บุคลากรไม่เพียงพอแก่ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการเปลี่ยนบ่อย ขาดความอดทน ไม่ขยัน ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง, ญาติของผู้สูงอายุปกปิดข้อมูล เช่น ปกปิดโรคที่ผู้สูงอายุเป็น ไม่บอกให้ชัดเจน และไม่พาไปรักษาที่โรงพยาบาล ญาติทอดทิ้งผู้สูงอายุ และไม่จ่ายค่าดูแลผู้สูงอายุ ผู้รับบริการไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการให้บริการ (ในรายที่ ผู้ให้บริการผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ นิซารีย์ ใจคำวัง และคณะ (2562) พบว่า ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป สอดคล้องกับ จารุรัตน์ พัฒน์ทอง (2564) พบว่า ด้านบุคลากรมีการขาดแคลนบุคลากรทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ ด้านสถานที่ พบว่า ผู้ประกอบการไม่ทราบล่วงหน้าถึงหลักเกณฑ์ด้านสถานที่ ทำให้ต้องแก้ไขใหม่และปัญหาวิธีการกำจัดขยะติดเชื้อ ยังมีความหลากหลาย ไม่สะดวกกับผู้ประกอบการ ด้านความปลอดภัย พบว่า ขาดแหล่งอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน และมีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ การป้องกันและระงับอัคคีภัย การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น และด้านการบริการ พบว่า ระบบการส่งต่อการรักษาเป็นส่วนที่มีค่าใช้จ่ายกับผู้รับบริการ ยังไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นกับแต่ละสถานประกอบการพบความเสี่ยงจากลักษณะการให้บริการรับดูแลนอกสถานที่ หรือจ้างคนชั่วคราวมาทำแทนกรณีขาดแรงงาน และผู้รับบริการถูกทิ้งไว้กับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับ เปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์ รุ่งรังษี วิบูลชัย และเพชรมณี วิริยะสืบพงศ์ (2565) พบว่า จากการสำรวจสภาพการณ์ การดำเนินงานของเจ้าของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 มีปัญหาในขณะประกอบการในสถานประกอบการขาดแคลนบุคลากรที่มีศักยภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด

สำหรับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถาน

ประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ที่จัดตั้งขึ้นในรูปแบบของบริษัท ห้างหุ้นส่วน มีทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ มีรูปแบบการบริหารจัดการภายในแตกต่างกัน และส่วนใหญ่มีการมอบหมายให้ผู้จัดการหรือผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ ทำหน้าที่ในการบริหารงานภายใน และการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดำเนินการตามมาตรฐานประกอบกับบุคลากรมีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอ บุคลากรที่มีอยู่ขาดความรู้เฉพาะทางในการดำเนินงานตามมาตรฐาน ต้องรับผิดชอบภาระหน้าที่หลายบทบาท และปฏิบัติงานหลายด้าน ประกอบกับผู้บริหารสถานประกอบการไม่เปิดโอกาสให้บุคคลแต่ละแผนกเข้ามาประชุมปรึกษาหารือ หรือการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่พบร่วมกับบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานตามมาตรฐาน สอดคล้องกับ พระราชบัญญัติสมโณ (วรรณานวิน) (2561) พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ทุกด้าน

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมส่งผลให้เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง มีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนากิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยมีการดำเนินการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 และมีการสรุปสถานการณ์การดำเนินงาน นำข้อมูลที่ศึกษามาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุป และวางแผนการจัดทำแนวทางการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีการนำแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการมีส่วนร่วม คือ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าของกิจการ (ผู้ประกอบเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง) ผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภท

กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ให้บริการ (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) มีส่วนร่วมในการจัดการมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 รวมมือด้วยความสมัครใจตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน การติดตามและประเมินผล และการรับผลประโยชน์ และ จัดเตรียมคู่มือ เอกสารประกอบการพัฒนาการดำเนินงาน ดำเนินการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบประเมินมาตรฐาน และประชุมสะท้อนข้อมูลการ ส่งผลให้เครือข่ายมีความรู้ ความเข้าใจ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ประสพการณ์ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่น ๆ และนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงาน ตลอดจนเปิดโอกาสให้บุคลากรในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้ามามีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และส่งผลการดำเนินงานมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ได้มาตรฐานตามกฎหมายกำหนดอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ พระราชบัญญัติสมโณ (วรรณานวิน) (2561) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมตามขั้นตอนในการพัฒนาออกเป็น 5 ขั้นตอน ขั้นตอนแรก เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชน และการมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ ขั้นตอนที่สองการวางแผนในการพัฒนาประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากร และแหล่งทรัพยากรที่ใช้ ขั้นตอนที่สาม การมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพย์ วัสดุ อุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วมบริหาร ประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก ขั้นตอนสี่การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่ พึ่งได้รับจากการพัฒนาหรือยอมรับผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ และขั้นตอนที่ห้า การมีส่วนร่วมในเข้าร่วมประเมินการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ผู้รับบริการมีความ

พึงพอใจต่อคุณภาพการบริการและความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 อยู่ในระดับมากและ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องจากเจ้าของกิจการ/ผู้ประกอบการและผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้เข้าร่วมประชุม/สัมมนา เกี่ยวกับการเปิดสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และได้รับการอบรมเกี่ยวข้องกับกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ของการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี และการอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ การได้รับคำชี้แนะจากการเป็นที่เลี้ยงของผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 รวมทั้งการตรวจเยี่ยมการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 จากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย และเจ้าหน้าที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 อย่างสม่ำเสมอทุกปี ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมการบริการ เช่น มีเอกสารในการทำสัญญาและใบเสร็จอย่างชัดเจน, เจ้าหน้าที่มีการแต่งกายที่เรียบร้อย ยิ้มแย้ม แจ่มใส สุภาพอ่อนโยน ด้านความน่าเชื่อถือในการให้บริการ เช่น การให้บริการที่ตรงตามสัญญาที่ได้ทำไว้กับทางสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และรู้สึกมั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ดีที่สุดทุกครั้งของการให้บริการ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการบริการ เช่น เจ้าหน้าที่ให้บริการและให้ความสนใจทันทีที่ผู้สูงอายุมาถึงสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่รายงานอาการของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุรับทราบอย่างสม่ำเสมอ ด้านสร้างความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ เช่น เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะความเจ็บป่วย หรือสภาวะทางร่างกายในแบบต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และด้านความเห็นอกเห็นใจ

เช่น เจ้าหน้าที่แสดงออกถึงความเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุเสมือนคนในครอบครัว และให้บริการด้วยใจ สอดคล้องกับ ข้อดาวเมืองพรหม (2562) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการมีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ และด้านคุณภาพการให้บริการ

สำหรับความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานการตามมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 และการเข้าร่วมประชุมจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 ที่จัดขึ้นทุกปี และเป็นผลมาจากเจ้าของกิจการ/ผู้ประกอบการ และผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง มีการส่งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในหลักสูตรต่าง ๆ ที่ทางภาคเอกชนจัดขึ้น จึงส่งผลให้ผู้รับบริการหรือผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการให้บริการด้านปัจจัยสี่ เช่น อาคารที่พักของผู้สูงอายุได้รับการดูแลเรื่องความสะอาด ด้านการแพทย์และอนามัย เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่ด้วยความรวดเร็ว และปลอดภัย, มีการดูแล hygiene care ต่าง ๆ ด้านกายภาพบำบัด เช่น การฝึกฟื้นฟูกล้ามเนื้อมัดเล็กให้ผู้สูงอายุ เช่น การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ, การฝึกหัดเดินช้า ๆ และการทรงตัวของผู้สูงอายุ, การฝึกหายใจให้ผู้สูงอายุ, การฝึกกลืนให้ผู้สูงอายุ, การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ด้านกิจกรรมทางศาสนา เช่น ส่งเสริมให้ท่านได้มีโอกาสประกอบกิจกรรมเนื่องในวันสำคัญทางศาสนา อย่างสม่ำเสมอ, มีการส่งเสริมให้ท่านสวดมนต์ทุกเช้าและก่อน และด้านกิจกรรมนันทนาการ เช่น เปิดเพลงเบา ๆ ให้ผู้สูงอายุมีการร้องเพลง เพื่อผลิตเพลินผ่อนคลายไม่เครียด, การฝึกทบทวนความจำ สอดคล้องกับ วาสนา สาเมาะ (2560) พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักซิณ จังหวัด

ยะลา อยู่ในระดับดี ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้บริการด้านการเลี้ยงดูที่เน้นกิจกรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการทางปัจจัย 4 ที่จำเป็นต่อชีวิต เช่น จัดที่พักอาศัย อาหารวันละ 3 มื้อ เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค เป็นต้น 2) การให้บริการทางด้านสุขภาพ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัย การฟื้นฟูพัฒนาสุขภาพให้แข็งแรง ด้วยการบริหารร่างกาย การออกกำลังกายด้วยตนเองและด้วยเครื่องตามสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ การทำกายบำบัดนอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ เป็นรายการณีย่าง 3) การให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษา แก้ไขปัญหาแก่ผู้รับบริการเมื่อประสบปัญหา 4) การให้บริการงานอาชีพบำบัด การสอนงานประดิษฐ์ต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น การทำดอกไม้จันทน์ การทำกำไล การทำดอกไม้จากถุงน่อง และเครื่องจักสานต่าง ๆ เป็นต้น 5) การให้บริการนันทนาการ เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงออก ได้รับความบันเทิง สนุกสนาน คลายความวิตกกังวล เกิดความเพลิดเพลิน และคลายเครียด 6) การให้บริการด้านศาสนา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ประเพณีนิยมในวันสำคัญ ๆ และยังอนุญาตให้ผู้สูงอายุไปประกอบศาสนกิจภายนอก 7) การให้บริการด้านการฃาปนกิจในกรณีที่มีผู้สูงอายุที่มีญาติ หรือไร้ญาติ ที่ไม่สามารถจัดทำพิธีบำเพ็ญกุศลศพหรือหากญาติมีความประสงค์ต้องการนำศพไปบำเพ็ญกุศล

## สรุปผล

1. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้เครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง มีความพึงพอใจต่อ

## เอกสารอ้างอิง

- Krejcie, Robert V., & Morgan, Daryle W. (1970). Determining sample size for research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30(3), 607-610.
- กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (2561). *คู่มือพัฒนาธุรกิจดูแลผู้สูงอายุสู่เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจ*. นนทบุรี : กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์.
- กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

การมีส่วนร่วมการพัฒนากิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และส่งผลให้การดำเนินงานมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ได้มาตรฐานตามกฎหมายกำหนดอย่างถูกต้องเพิ่มมากขึ้น จำนวน 85 แห่ง (ร้อยละ 92)

2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัย

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการกำหนดนโยบายร่วมกันในการส่งเสริม สนับสนุน นักเรียนบริบาลมาฝึกงาน หรือทำงานพิเศษ เพื่อลดปัญหาขาดแคลนบุคลากรในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรมีการส่งเสริมให้มีการขยายผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 ในการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ไปยังศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพอื่น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 เพื่อหาแนวทางการวางแผนส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- จารุวรรณ โคตรเงิน. (2562). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษา : ในพื้นที่ตำบลโหล อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดชัยภูมิ. (ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จารุรัตน์ พัฒน์ทอง. (2564). สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ*. 3(1), 220-236.
- ช่อดาว เมืองพรหม. (2562). ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม.
- ฐิติรัตน์ จันทร์ดารา และกิตติพงษ์ ตระกูลโชคอำนวย. (2563). สถาบันอุดมศึกษากับการบริหารธุรกิจ บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการ ปชมท*. 9(3), 97 - 108.
- ณิชารีย์ ใจคำวัง และคณะ. (2562). ศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*. 1(1), 1-19.
- เปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์ รุ่งรังษี วิบูลชัย และเพชรเมณี วิริยะสีบงศ์. (2565). ศึกษาการพัฒนาและส่งเสริมมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะที่ 3 (การให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีการจัดกิจกรรมการดูแลส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการพักค้างคืน). *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*. 8(2), 14-26.
- พระธวัชชัย สนธิธมโม (วรรณนาวิน). (2561). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- วาสนา สามะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา. [ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). *คู่มือการบริหารงานแบบเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 5*. ราชบุรี : ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). *สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

# ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมอง ของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

## Effects of the Dementia Prevention Program on Brain Performance of the Elderly in the Nakhonsawan Community Health Centers

**ไอลดา มาเม่น, ปมรทิพย์ สาสนบุรณ, พลอยไพลิน บุตสา**  
Ailada Mamen, Pamorntip Sasonboon, Ploypailin butsa  
**โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์**  
Sawan phacharak Hospital

Received: 25 Sep, 2024 Revised: 28 Nov, 2024 Accepted: 2 Dec ,2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว (Quasi-experimental research one Group Pretest Posttest Design) วัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จำนวน 5 แห่งภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน โดยมีผลการประเมิน Mini-Cog ผิดปกติ (คะแนน 0 - 3), ประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นปกติ (TGDS คะแนนน้อยกว่า 7) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบสมรรถภาพของสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai2002) แบบประเมินความรู้โรคสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 70 - 74 ปี (ร้อยละ 35.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 51.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.7) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 68.3) มีคะแนนความรู้หลังทดลอง ( $\bar{X} = 6.88, SD=2.07$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $\bar{X} = 4.25, SD=1.91$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (P-value <0.001) และคะแนนสมรรถภาพสมอง (MMSE) หลังการทดลอง ( $\bar{X} = 27.1, SD=2.541$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $\bar{X} = 25.53, SD=2.425$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (P-value <0.001) สรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์มีผลช่วยเพิ่มค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมอง ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปจัดทำโครงการและจัดกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ :** โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม, สมรรถภาพสมอง, ผู้สูงอายุ, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

### Abstract

This study employs a quasi-experimental research design using one group pretest - posttest format. The aim is to assess the effect of a dementia prevention program on the brain performance of elderly individuals residing in five urban Community Health Centers under the responsibility of Sawanpracharak Hospital. The sample consisted of 60 elderly people selected through purposive sampling from the Community Health Centers. Criteria for inclusion included abnormal results on the Mini - Cog assessment (scores ranging from 0 to 3) and normal depression assessments (Thai Geriatric Depression score less than 7),

All sample participated in the dementia prevention program. Data, including general information, Mini-Mental State Examination Thai Version2002 (MMSE – Thai2002) and a dementia knowledge assessment form, was collected Demographic details of the sample group revealed that 75.0% were female, with 35.0% age between 70 – 74 years, Additionally, 51.7% were married, 56.7% had completed primary school and 68.3 % reported a monthly income of less than 5,000 Baht. Result indicated a significant increase (P-value <0.001) in knowledge scores post-intervention ( $\bar{X}$  = 6.88, SD = 2.07) compared to pre-intervention scores ( $\bar{X}$  = 4.25, SD=1.91). Furthermore, post – intervention brain performance scores (MMSE) also improved ( $\bar{X}$  = 27.1, SD = 2.541) relative to pre-intervention scores ( $\bar{X}$  = 25.53, SD=2.425) with statistically significant difference (P-value <0.001). In conclusion, this study confirms that the dementia prevention programs significantly enhances brain performance of the elderly in the observed Community Health Centers in Nakhonsawan. These results can inform the development of projects and activities aiming at slowing cognitive decline, preserving functional abilities, preventing dementia, and ultimately promoting a higher quality of life for the elderly.

**Keywords:** Dementia prevention program, brain performance, elderly, urban community health center

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองด้านการคิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นเป็นอาการเด่น มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์รวมถึงมีความคิดเชิงซ้อน (Abstract thinking) ลดลงจนรบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการทำงาน สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในปัจจุบันพบว่า มีประชาชนทั่วโลกมีภาวะสมองเสื่อมถึง 47 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 131 ล้านคนในปี ค.ศ.2050 (Alzheinsia Disease International, 2016)

สาเหตุภาวะสมองเสื่อมเกิดขึ้นได้จาก 2 สาเหตุ คือ สาเหตุจากปัญหาของเนื้อสมองโดยตรง เช่น เกิดจากโรคอัลไซเมอร์และสาเหตุจากปัญหาหรือโรคอื่น ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของสมองการขาดสารอาหารบางชนิด โดยเฉพาะวิตามินบี 1 หรือวิตามินบี 12 (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2563) ภาวะสมองเสื่อมมักพบในผู้สูงอายุ และพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (อรรวรรณ์ คูหา, 2563) อาการที่มักเกิดขึ้นในช่วงแรกและเป็นอาการที่สังเกตได้ชัดเจนที่สุดคือ มีปัญหาการจดจำเหตุการณ์ ผู้คนหรือสถานที่ มีปัญหาในการใช้เหตุผลหรือการแก้ไขปัญหา มีปัญหาในการสื่อสาร การใช้คำและภาษา (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2563) มีปัญหา

ด้านการเคลื่อนไหวประสานงานกันของกล้ามเนื้อทำให้ไม่สามารถทำงานที่ละเอียดหรือประณีตได้ มีความสับสน มึนงง เลอะเลือนและการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจ การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นทำได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2559) ปัจจุบันยังไม่มีการรักษา ภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้ทำได้เพียงชะลออาการบางประเภทเท่านั้น แต่เชื่อว่าการลดปัจจัยเสี่ยงจะช่วยชะลอการดำเนินโรค จะมีผลให้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมลดลง (Larson et al, 2013) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO.2012) เสนอให้ทุกประเทศจัดทำโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมระดับชาติ โดยเน้นการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่ม การกระตุ้นให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญของโรค ภาวะสมองเสื่อมนี้สามารถป้องกันและชะลอได้ด้วยวิธีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หมั่นฝึกสมองและทำงานเพื่อเพิ่มทักษะของสมอง รวมถึงการเข้าร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัว สังคมและชุมชน (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2558; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556; สิริ นทร ฉันทศิริกาญจน, 2558 ,อภิญา จีรานูรักษ์, 2557 )

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมอย่างสมบูรณ์ในปี 2565 มีสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 20.0- 30.0 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะในปี 2574 จะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะมี

ความเสื่อมถอยของร่างกายรวมทั้งความสามารถในการจดจำ การรับรู้เสื่อมถอยลงจนสูญเสียความสามารถทางสมองหรือเรียกว่า “สมองเสื่อม” เมื่ออายุมากขึ้นโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อมก็เพิ่มมากขึ้นตามลำดับแบบทวีคูณ สถานการณ์โรคสมองเสื่อมประเทศไทยเพิ่มขึ้นปีละประมาณร้อยละ 10.0 (ฐานเศรษฐกิจดิจิทัล,2565) โดยพบอัตราการเกิดโรคประมาณร้อยละ 1.0-2.0 ในประชากรอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 8.0 ในประชากรอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 50.0 ของประชากรที่อายุ 85 ปีขึ้นไป

จังหวัดนครสวรรค์เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีแนวโน้มของจำนวนประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากการศึกษาข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ.2550 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.8 ต่อมา พ.ศ.2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.5 เรื่อยมาจนถึง พ.ศ.2562 จังหวัดนครสวรรค์ได้เปลี่ยนผ่านเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Complete Aging Society) และตั้งแต่ พ.ศ.2562 – 2566 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.8, 23.9, 24.5, 25.3 และ 26.1 ตามลำดับ และคาดว่าประมาณ พ.ศ.2571 จังหวัดนครสวรรค์จะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aging Society) กล่าวคือมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28 (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2566)

จากการสำรวจประชากรศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองทั้ง 5 แห่งในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2564-2566 พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 10,252 คน 11,162 คน 12,670 คน มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 4.02, 1.93, 2.96 ตามลำดับ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2566) และจากการศึกษาของ กนกพร พรหมประกอบ (2561) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม อาการเตือน อาหารเสริม ความจำสมองและการออกกำลังกาย การบริหารสมองเป็นประจำจะทำให้สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมของธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี (2558) ได้ศึกษาเรื่องมาตรการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Systematic review of dementia prevention in elderly) จากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 163 งานวิจัยพบว่า มาตรการที่ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ การออกกำลังกายแบบ

(aerobic exercise) อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และการฝึกการใช้สมอง (cognitive activity training) ส่วนมาตรการที่ไม่มีประโยชน์ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมคือ การรับประทานอาหารเสริม Omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acids และ Dehydroepiandrosterone ในด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม พบว่าปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตคือ การที่มีกิจกรรมทางกายเยอะ (Physical activity) การมีดัชนีมวลกายที่ปกติ (normal Body Mass Index) การกินอาหารแบบ mediterranean diet การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณเท่ากับหรือน้อยกว่า 1 drink ต่อวันและการกิน Vitamin C และ E เสริม ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมคือ การดื่มกาแฟเป็นประจำและการกิน beta-carotene เสริม และ มุกดา หนูศรี (2559) ได้ศึกษาการป้องกันภาวะสมองเสื่อมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้และปรับเปลี่ยนไม่ได้ การคัดกรองของภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกใช้แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย การป้องกันภาวะสมองเสื่อม ต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รับประทานอาหารบำรุงสมอง หลีกเลียงยา อาหาร สารหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสมอง หรือกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสมอง ทำกิจกรรมสม่ำเสมอ เข้าสังคม ฝึกสติปัญญา และควรตรวจสุขภาพประจำปี และรักษาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แนวปัญญานิยมหรือการรู้คิด (cognitive theory) ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิด กระบวนการภายในสมอง โดยการส่งเสริมผู้เรียนให้ได้ประสบการณ์ที่หลากหลายช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้มากขึ้น (cheep-Thanet ,2559) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสร้างการเรียนรู้ให้กับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม



## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคสมองเสื่อมก่อน

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว (Quasi-experimental research one Group Pretest Posttest Design) วัดการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### ตัวแปรต้น

#### โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้โรคสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน

ของโรคสมองเสื่อม อาหารบำรุงสมองเสริมความจำ

กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหารสมอง (Brain Exercise)

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมต่อเนื่องให้กลุ่มตัวอย่างไปฝึกกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้วยตนเองที่บ้านมีการจดบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมทุกวัน

กิจกรรมที่ 4 ติดตามและกระตุ้นกิจกรรมโดยการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์

### ตัวแปรตาม

#### สมรรถภาพสมอง 6 ด้าน

- ด้านการรับรู้เวลาสถานที่บุคคล
- ด้านความจำ
- ความตั้งใจ
- ด้านการคำนวณ
- ด้านภาษา
- ด้านการระลึกได้

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
2. ประสานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองทั้ง 5 แห่ง คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีผลการประเมิน Mini-Cog ผิดปกติ และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน (TGDS) ปกติ เพื่อเตรียมเข้ากลุ่มวิจัย

### 2. ขั้นตอนทดลอง

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน
2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม

และหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถภาพสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

ข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม, แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง(MMSE-Thai 2002)

3. จัดกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** แนะนำตัว ชี้แจงแนวทางการดำเนินการวิจัย ประเมินสมรรถภาพสมอง ,ทำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมเพื่อเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง(Pre-test) จัดการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม,ปัจจัยเสี่ยง,อาการเตือนของโรคสมองเสื่อม อาหารบำรุงสมองเพิ่มความจำป้องกันสมองเสื่อม และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการให้ความสำคัญของการป้องกันภาวะสมองเสื่อมใช้เวลา 2 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 2** จัดกิจกรรม ออกกำลังกาย บริหารสมองโดยการสร้างความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ผู้สูงอายุ และการบริหารสมอง และฝึกทักษะการออกกำลังกาย โดยการบรรยายร่วมกับการชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการบริหารสมอง และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมงและให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปฝึกกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้วยตนเองที่บ้านมีการจดบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมทุกวัน

**สัปดาห์ที่ 3-10** ติดตามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนและประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

**สัปดาห์ที่ 11** การจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะสนทนาแลกเปลี่ยนมุมมองและประสบการณ์ร่วมกันใช้เวลา 1 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 12** เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง และแบบประเมินความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมใช้เวลา 45 นาที

## กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองทั้ง 5 แห่งของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 375 คน (HDCสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ,2566) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มาจำนวน 60 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่แน่นอน จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อยละขนาดกลุ่มตัวอย่างคิด 15-30 % (บุญชม ศรีสะอาด, 2535:38) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1.มีผลการประเมิน Mini-Cog ผิดปกติ (คะแนน 0-3), 2.มีผลประเมินภาวะซึมเศร้า ปกติ (TGDS) คะแนนน้อยกว่า 7, 3.ไม่เป็นโรคจิต, โรคซึมเศร้า, 4.ไม่เป็นใบ้, หูตึง สามารถสื่อสารได้, 5.สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพ, อาชีพ, ระดับการศึกษา, รายได้ต่อเดือน, การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่าง ๆ, โรคประจำตัว, จำนวนสมาชิกในครอบครัว

2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัย

สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม, อาการของโรคสมองเสื่อม, ปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองเสื่อม การดำเนินของโรคสมองเสื่อมระยะต่าง ๆ, การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ เป็นแบบปรนัย มี 4 ตัวเลือก (ก, ข, ค, ง) เลือกคำตอบถูกเพียง 1 ข้อ ผู้วิจัยนำเครื่องมือในส่วนของแบบวัดความรู้ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงด้วยการใช้สูตร Kuder- Richardson หรือ KR- 20 ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

3. แบบทดสอบสมรรถภาพของสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002 (MMSE-Thai 20)

4. โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการ จำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาชีพ 2 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และจัดลำดับขั้น ตอน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงแล้วจึงนำไปใช้กับผู้สูงอายุและนำเครื่องมือที่ได้มาปรับปรุงให้เหมาะสม วัดความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาด้านการวัดและประเมินผล พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 -1.00

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ โดยการนำมาแจกแจงความถี่ หาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีการวัดซ้ำ (paired sample t-test) โดย  $p < 0.05$  ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการวัดซ้ำ (paired sample t-test) โดย  $p < 0.05$  ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ COA 18/2567 วันที่รับรอง 29 กุมภาพันธ์ 2567 วันหมดอายุ 28 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง ขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยเป็นโดยความสมัครใจของ

กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินดีให้ความร่วมมือ ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่าง ๆ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n = 60)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	25.0
หญิง	45	75.0
อายุ		
๖๐ - 64	10	16.7
๖๕ - 69	15	25.0
๗๐ - 74	21	35.0
๗๕ - 79	11	18.3
๘๐ - 84	3	5.0
$\bar{X} = 70.32$ SD = 5.54		
สถานภาพสมรส		
โสด	4	6.7
สมรส	31	51.7
หย่าร้าง/หม้าย	23	38.3
แยกกันอยู่	2	3.3
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ	5	8.3
ทำงานบ้าน	10	16.7
เกษตรกรกรรม	1	1.7
ธุรกิจส่วนตัว	11	18.3
รับจ้าง	12	20.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19	31.7
อื่น ๆ	2	3.3

# วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (N = 60)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	34	56.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	13	21.7
อนุปริญญา/ปวส.	4	6.7
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	5	8.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	6.7
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000	41	68.3
5,000 - 10,000	7	11.7
10,001 - 20,000	4	6.7
20,001 - 30,000	5	8.3
มากกว่า 30,000 ขึ้นไป	3	5.0
$\bar{X}$ = 10,223 SD = 14,707.88		
การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่าง ๆ	17	28.3
ไม่ได้เข้าร่วม	43	71.7
เข้าร่วมกิจกรรม		
โรคประจำตัว	3	5.0
โรคเบาหวาน	13	21.7
โรคความดันโลหิตสูง	6	10.0
โรคไขมันในเลือดสูง	1	1.7
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1	1.7
โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	2	3.3
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	1	1.7
โรคหลอดเลือดสมองและไขมันในเลือดสูง	15	25.0
โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	1	1.7
โรคไขมันในเลือดสูงและไตวายเรื้อรัง	1	1.7
โรคหัวใจและไขมันในเลือดสูง	16	26.7
อื่น ๆ		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	10	16.7
2 คน	17	28.3
2 - 4 คน	24	40.0
มากกว่า 5 คน	9	15.0

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) มีอายุระหว่าง 70 - 74 ปี (ร้อยละ 35.0) อายุโดยเฉลี่ย 70 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 51.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 31.7) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 56.7) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 68.3) รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย 10,223 บาท เข้าร่วมกิจกรรมองค์กร/ชมรม/กลุ่มต่าง ๆ (ร้อยละ 28.3) เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 25) และโรคอื่น ๆ ไม่ได้ระบุ (ร้อยละ 26.7) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 - 4 คน (ร้อยละ 40.0)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม

ความรู้	n	$\bar{X}$	SD	t	df	P-Value
ก่อนการทดลอง	60	4.25	1.910	7.290	59	<0.001*
หลังการทดลอง	60	6.88	2.076			

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลมีการกระจายปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ( $\bar{X} = 6.88, SD = 2.076$ ) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ( $\bar{X} = 4.25, SD = 1.910$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (P-value < 0.001)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันสมองเสื่อมดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันสมองเสื่อม

สมรรถภาพสมอง(MMSE)	n	$\bar{X}$	SD	t	df	P-Value
ก่อนทดลอง	60	25.53	2.425	5.177	59	<0.001*
หลังทดลอง	60	27.18	2.541			

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลมีการกระจายปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ( $\bar{X} = 27.18, SD = 2.541$ ) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม ( $\bar{X} = 25.53, SD = 2.425$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (P-value < 0.001)

## อภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคสมองเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.001) เปิดโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในกลุ่มทำให้มีความรู้และความเข้าใจมากขึ้นและรูปแบบการให้สุขศึกษาส่วนใหญ่ได้จัดประสบการณ์ตรงให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้มีส่วนร่วม กิจกรรมมีความหลากหลายแต่ไม่ซับซ้อนหรือนานเกินไป คำนี้ถึงความเหมาะสมกับวัย มีความสนุกสนานทำให้จิตใจแจ่มใสและช่วยไม่ให้เหงา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Collins et al (2019) ระบุว่า การสอนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมสอดคล้องกับความสนใจถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ การมีกิจกรรมทางสังคมได้พบปะพูดคุยกันจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบ

กิจกรรมการให้ความรู้จากการบรรยายร่วมกับการดูวิดีโอที่สั้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในเนื้อหาที่สอนมากขึ้นและการใช้สื่อวิดีโอที่สั้นประกอบบรรยายจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกเบื่อและจดจำภาพที่เห็น เข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้นร่วมกับการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ในมุมมองที่หลากหลายมากขึ้นทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นส่งผลให้คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น ซึ่งการมีความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแล และตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษา วรรัตน์ ทิพรรัตน์ และคณะ (2562) พบว่า การมีความรู้ในระดับเพียงพอที่จะสามารถในการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้

2. คะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value<0.001) ดัง วรพรรณ เสนาณรงค์(2553) กล่าวไว้ว่าการฝึกการออกกำลังกายซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอจะมีการหลั่งสารที่เรียกว่านิวโรโทรฟินส์ เปรียบเสมือน “อาหารสมอง” ที่ทำให้เซลล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ “เดนไดรต์” ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้นจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เนื้อเซลล์เจริญเติบโตและเซลล์สมองแข็งแรงเมื่อเซลล์สมองส่วนใหญ่แข็งแรงจะทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งก็คือ ความจำ สมาธิ การรับรู้ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมแสดงออกและการทำงานของสมองระดับสูงก็คือการคิดแก้ปัญหาหรือการตัดสินใจและการวางแผนที่ดีขึ้น ผลการทดลองนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของรินดา เจวประเสริฐพันธ์ (2563) ที่พบว่าการกระตุ้นการรู้คิดมีประสิทธิภาพดีและให้ผลเชิงบวกในผู้สูงอายุที่มีภาวะการเรียนรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหลังได้รับการฝึกฝนด้วยการกระตุ้นการรู้คิด นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกฝนสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้านจึงเป็นผลทำให้คะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุดีขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญญรัตน์ โอนทัยสินทวี (2558) พบว่าการออกกำลังกายแบบ aerobic exercise อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 30 นาที การฝึกใช้สมอง การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นเป็นการช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคสมองเสื่อม เช่นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อม, อาการเตือน, สาเหตุ, อาหารบำรุงสมองเสริมความจำ, ฝึกการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและบริหารสมองด้วยเกมส์ต่าง ๆ การนวดปุ่มสมอง ปุ่มขมับ ปุ่มใบหู, การเคลื่อนไหวร่างกายตาราง 9 ช่อง, การเคลื่อนไหวสลับข้าง เช่นการนับ 1-10 จีบแอล โป้งก้อย ตะหู ตะงูมก-ตะงู เพื่อฝึกทักษะด้านการกระตุ้นกระบวนการคิดและการจำ ช่วยพัฒนาและเสริมสร้างสมาธิในการเรียนรู้ ช่วยสร้างบรรยากาศให้รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย ไม่เครียด เกิดการเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุดีขึ้นและมีกิจกรรมต่อเนื่องให้กลุ่มตัวอย่างไปฝึกกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้วยตนเองที่บ้านมีการจดบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมทุกวัน นอกจากนี้ยังมีการ

ติดตามและกระตุ้นเตือนโดยการเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์

## สรุปผล

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ เป็นกิจกรรมที่มีผลช่วยเพิ่มค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองได้ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคสมองเสื่อม อาหารบำรุงสมองเสริมความจำ การออกกำลังกายและการบริหารสมอง รวมทั้งการติดตามและกระตุ้นการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีสมรรถภาพสมองดีขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุขควรนำโปรแกรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

1.2 หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำนโยบายการดูแลและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในอนาคตเนื่องจากในปี พ.ศ.2574 สังคมไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดจึงควรเริ่มพัฒนาและจัดทำแผนแต่เนิ่น ๆ เพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าวในอนาคต

1.3 ในการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนควรเพิ่มการให้ข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมควบคู่กับโรคเรื้อรังของผู้ป่วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อเพิ่มความเข้าใจในโรคและนำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อไป

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ไปศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ เช่น ชุมชนชนบทหรือชุมชนกึ่งเมือง



**ผลของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้ พฤติกรรมและคุณภาพ  
ของน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในชุมชน  
เทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์**

The Effects of the Participation Process on Knowledge, Behavior,  
and the Quality of Reused Cooking Oil among Food Cooks in the Community  
of Sriphanommas Subdistrict Municipality, Laplae District, Uttaradit Province

**พิชชาภรณ์ ดำริธรรมเจริญ**

Pitchaporn Damrithamjaroen

**กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์**

Consumer Department in Uttaradit Provincial Public Health Office

Received: 16 Sep, 2024 Revised: 6 Dec, 2024 Accepted: 9 Dec, 2024

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้ พฤติกรรมและคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในชุมชน เทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 93 คนและน้ำมันทอดซ้ำ 60ตัวอย่าง เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 และ 0.69 ตามลำดับ และชุดทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอด ประสิทธิภาพของชุดทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดมีความไวร้อยละ 95.00 และความแม่นยำร้อยละ 93.00 สามารถตรวจจับปริมาณสารโพลาร์ได้ตั้งแต่ร้อยละ 20ของน้ำหนัก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample t-test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่าผู้ประกอบอาหารมีความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำและมีพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำก่อนและหลังกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ก่อนผู้ประกอบอาหารเข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่าน้ำมันทอดซ้ำยังไม่เสื่อมสภาพร้อยละ 20.00 น้ำมันทอดซ้ำใกล้เสื่อมสภาพร้อยละ 65.00 และน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ ร้อยละ 15.00 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าน้ำมันทอดซ้ำยังไม่เสื่อมสภาพสูงขึ้นเป็นร้อยละ 45.00 น้ำมันทอดซ้ำใกล้เสื่อมสภาพลดลงเป็นร้อยละ 55.00 และไม่พบน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำก่อนและหลังกระบวนการมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**คำสำคัญ** กระบวนการมีส่วนร่วม ผู้ประกอบอาหาร ความรู้ พฤติกรรม คุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำ



## Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to evaluate changes among food cooks in the community of Sriphanommas Subdistrict Municipality, Laplae District, Uttaradit Province. The study assessed 93 food cooks and analyzed 60 oil samples. The research instruments comprised four components: a general information recording form, a knowledge assessment questionnaire on reused cooking oil, a behavior questionnaire regarding reused cooking oil usage, and a polar compound test kit for oil sample analysis. The questionnaires were validated by three experts, resulting in reliability coefficients of 0.71 for the knowledge questionnaire and 0.69 for the behavior questionnaire. The polar compound test kit demonstrated 95.00% sensitivity and 93.00% accuracy, with the capability to detect polar compounds at 20.00% by weight. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation, paired sample t-test and Fisher's exact test.

The results revealed statistically significant improvements ( $p < 0.001$ ) in both knowledge and behavior regarding reused cooking oil among food cooks after program participation. The quality of reused cooking oil samples also showed notable improvement. Before the intervention, 20.00% of the samples were classified as not degraded, 65.00% as nearing degradation, and 15.00% as degraded. Post-intervention analysis showed an increase in non-degraded oil samples to 45.00%, a decrease in samples nearing degradation to 55.00%, and no detection of degraded samples. Statistical analysis confirmed significant improvement in the quality of reused cooking oil following the participatory process ( $p < 0.001$ ).

**Keywords:** Participation process, Food cooks, Knowledge, Behavior, Quality of reused cooking oil

## บทนำ

การดำรงชีวิตของคนไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปมาก ส่วนใหญ่มักไม่มีเวลาในการปรุงอาหารรับประทานเองและมีพฤติกรรมรับประทานอาหารนอกบ้านหรือรับประทานอาหารสำเร็จรูป หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความปลอดภัยในการบริโภคอาหารมากขึ้น ตามนิยามขององค์การมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ (Codex Alimentarius : Codex) ความปลอดภัยของอาหาร (Food Safety) หมายถึง อาหารนั้นจะต้องปลอดจากสารพิษและไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้บริโภค ทั้งนี้ต้องมีกรรมวิธีในการเตรียมปรุง ผสม และรับประทานอย่างถูกต้องตามความมุ่งหมายของอาหารนั้นๆ (จงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรีและคณะ, 2557) องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าการรับประทานอาหารและน้ำเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการป่วยอันเกิดจากการได้รับเชื้อโรค สารพิษ รวมทั้งสิ่งปลอมปนที่ไม่พึงประสงค์ในอาหาร (Food Safety. WHO, 2022) อาหารประเภททอดเป็นอาหารที่ได้รับความนิยมในการบริโภคสูง อาหารจะมีคุณภาพให้ประโยชน์ต่อร่างกายหรือไม่ นั้นขึ้นอยู่กับคุณภาพของน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร (สุชิน คณเสถ, 2565) ซึ่งผู้ประกอบการมักใช้น้ำมันทอดอาหารหลายครั้ง

หรือที่เรียกว่าน้ำมันทอดซ้ำๆ คือน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารซ้ำมากกว่า 1 ครั้งที่มีปริมาณสารโพลาร์ไม่เกินร้อยละ 25.00 ของน้ำหนัก น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพคือน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารซ้ำมากกว่า 2 ครั้งที่มีปริมาณสารโพลาร์เกินร้อยละ 25.00 ของน้ำหนัก หากน้ำมันทอดที่ใช้มีอุณหภูมิสูงเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาเคมีของไขมันมีผลทำให้น้ำมันเสื่อมคุณภาพ มีสีดำ กลิ่นเหม็นหืน จุดเกิดควันต่ำลง มีฟอง เหนียวเหนียว และก่อให้เกิดสารโพลาร์ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด นอกจากนี้ในกระบวนการทอดอาหารที่ใช้ไขมันทอดซ้ำยังก่อให้เกิดสารก่อกลายพันธุ์ทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2015)

จากรายงานการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารของไทยปี 2562 จำนวน 76 จังหวัดส่วนภูมิภาคตรวจน้ำมันทอดจำนวน 6,463 ตัวอย่างพบสารโพลาร์เกินมาตรฐานจำนวน 876 ตัวอย่าง (ร้อยละ 13.60) ในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ อุดรดิตต์ พิษณุโลกสุโขทัยเพชรบูรณ์ ตาก ตรวจน้ำมันทอดจำนวน 906 ตัวอย่าง พบสารโพลาร์เกินมาตรฐานจำนวน 94 ตัวอย่าง (ร้อยละ 10.38) (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2562) ในปี 2562 จังหวัดอุดรดิตต์ตรวจน้ำมันทอดซ้ำ จำนวน 326 ตัวอย่าง พบสารโพลาร์เกิน

มาตรฐาน 65 ตัวอย่าง (ร้อยละ 19.94) ปี 2563 ตรวจน้ำมันทอด จำนวน 154 ตัวอย่างพบสารโพลาร์เกินมาตรฐาน 32 ตัวอย่าง (ร้อยละ 20.78) และในปี 2564 ตรวจน้ำมันทอดจำนวน 196 ตัวอย่างพบสารโพลาร์เกินมาตรฐาน 21 ตัวอย่าง (ร้อยละ 11.00) (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2564) ทั้งนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 283) พ.ศ. 2547 เรื่องกำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่ายได้กำหนดให้น้ำมันมีปริมาณสารโพลาร์ได้ไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนัก ผู้ประกอบอาหารที่ใช้น้ำมันทอดอาหารที่มีปริมาณสารโพลาร์เกินมาตรฐานที่กำหนดและจำหน่ายแก่ผู้บริโภคถือเป็นการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐาน จากการศึกษาวิจัยคุณภาพน้ำมันทอดซ้ำและความรู้ของผู้จำหน่ายอาหารในบริเวณรอบมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่าส่วนใหญ่ผู้ประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.00) การทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำจากการเก็บตัวอย่างทั้งหมด 20 ร้าน พบค่าสารโพลาร์เกินมาตรฐานจำนวน 7 ร้าน (ร้อยละ 35.00) (รจฤดี โชติกาวิรินทร์ และคณะ, 2566) จากการศึกษาการจัดการปัญหาน้ำมันทอดซ้ำในอาหารประเภทไก่ทอดในจังหวัดสมุทรสาครโดยการหาแนวทางใหม่ได้แก่ วิธีการเติมน้ำมันใหม่และการกำหนดระยะเวลาในการเติมน้ำมันใหม่ของผู้ประกอบอาหารแต่ละราย เพื่อลดการเกิดสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ ศึกษาพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหารของผู้จำหน่ายอาหาร และเปรียบเทียบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำก่อนและหลังการใช้แนวทางใหม่ (อรุณศรี บุญมาศิริ, 2561) และการจัดการปัญหาน้ำมันทอดซ้ำของผู้จำหน่ายอาหารทอดในพื้นที่เทศบาลตำบลวังไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร โดยการร่วมกันหาแนวทางในการจัดการน้ำมันทอดซ้ำของผู้วิจัย หน่วยงานภาครัฐ ผู้จำหน่ายอาหารทอด ผู้ประกอบการรับซื้อน้ำมันเก่า และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ได้แนวทางในการจัดการน้ำมันทอดซ้ำของผู้จำหน่ายอาหารทอด โดยการสร้างแรงจูงใจให้ผู้จำหน่ายอาหารทอดเห็นความสำคัญของการใช้น้ำมันทอดอาหารที่ปลอดภัย ส่งเสริมความรู้ให้ผู้จำหน่ายอาหารมีความรู้เข้าใจและตระหนักถึงอันตรายจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำและการสนับสนุนให้มีการจัดการกับน้ำมันเก่าที่ไม่ใช้แล้วโดยการนำไปผลิตไบโอดีเซลมีผลให้ผู้จำหน่ายอาหารมีความรู้เพิ่มขึ้น และคุณภาพน้ำมันทอดซ้ำดีขึ้น (ศิรินภา มณีแดง, 2560)

จากปัญหาการพบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารในจังหวัดอุตรดิตถ์เกินมาตรฐานอย่างต่อเนื่องร่วมกับจังหวัดอุตรดิตถ์เป็น 1 ใน 55 เมืองรองที่รัฐบาลส่งเสริมการท่องเที่ยว ในปี 2567 ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าพื้นที่เทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของจังหวัดอุตรดิตถ์ มีนักท่องเที่ยวในแต่ละปีเป็นจำนวนมากควรได้รับการส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหาร จึงใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนรับผิดชอบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาอาหารในชุมชนเทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้ พฤติกรรม และคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในชุมชนเทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

## วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในชุมชน เทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังใช้กระบวนการมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำในชุมชนเทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest and posttest design)

**ประชากร** คือ ผู้ประกอบอาหารในโรงเรียน หน้าโรงเรียน ตลาด ร้านในชุมชนในเขตเทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีผู้ประกอบการในพื้นที่จำนวน 109 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1 โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง 0.50 ค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่ 1 ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.001 ค่าอำนาจการทดสอบ ( $1-\beta$ ) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คนโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

## เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- 1) อายุมากกว่า 18 ปี
- 2) เป็นผู้ประกอบการอยู่ในเขตเทศบาลตำบลศรีพนมมาศมากกว่า 6 เดือน
- 3) สามารถพูดหรือสื่อสารด้วยภาษาไทย
- 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

## เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดมากกว่าร้อยละ 80.00
- 2) หยุดกิจการหรือย้ายไปค้าขายที่อื่น

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทผู้ประกอบการ ระยะเวลาเป็นผู้ประกอบการ ประเภทอาหารทอด และความคิดเห็นเกี่ยวกับราคาน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีข้อความจำนวน 18 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ข้อคำถามมีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการถามความคิดเห็นของผู้ประกอบการต่อพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลในการเก็บตัวอย่างน้ำมันทอดอาหารในร้านขายอาหารทอดของกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบฟอร์มเก็บตัวอย่างอาหารหน่วยเคลื่อนที่ เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร ประกอบด้วย สถานที่เก็บตัวอย่าง ตัวอย่างอาหาร ผลการตรวจสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจหาสารโพลาร์ในน้ำมันทอดได้แก่ ชุดทดสอบสารโพลาร์ในตัวอย่างน้ำมันทอดอาหารผลิตโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี

กระทรวงสาธารณสุข อ่านผลการทดสอบโดยการเปรียบเทียบการเปลี่ยนสีของน้ำยาชุดทดสอบและแปลผลการทดสอบดังนี้

สีน้ำเงิน (สารโพลาร์น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของน้ำหนัก) แสดงว่า น้ำมันยังไม่เสื่อมสภาพ

สีเขียว (สารโพลาร์อยู่ในช่วงร้อยละ 20 - 25 ของน้ำหนัก) แสดงว่า น้ำมันใกล้เสื่อมสภาพ

สีเหลือง (สารโพลาร์มากกว่าร้อยละ 25 ของน้ำหนัก) แสดงว่า น้ำมันเสื่อมสภาพ

## การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคมีประสบการณ์การทำงานด้านอาหารในชำนาญการพิเศษถึงระดับเชี่ยวชาญ ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามกับผู้ประกอบการที่จำหน่ายอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์จำนวน 30 ราย ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้เท่ากับ 0.71 ด้านพฤติกรรมเท่ากับ 0.69

2. ประสิทธิภาพของชุดทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 95 และความแม่นยำ (Accuracy) ร้อยละ 93 สามารถตรวจจับปริมาณสารโพลาร์ได้ตั้งแต่ร้อยละ 20 ของน้ำหนัก

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดประชุมคณะกรรมการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ร่วมกับกองสาธารณสุข เทศบาลตำบล ศรีพนมมาศ เพื่อจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา น้ำมันทอดซ้ำในชุมชน เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมและตรวจคุณภาพน้ำมันทอดในผู้ประกอบการก่อนกระบวนการมีส่วนร่วม 1 เดือน จัดกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมโดยเทศบาลตำบลศรีพนมมาศเชิญผู้ประกอบการ ครู นักเรียน ผู้ดูแลโรงอาหาร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันพิจารณาปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำ กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วางแผน กำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา อบรมพัฒนาองค์ความรู้ให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายให้ประชาชนรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการใช้น้ำมันทอดซ้ำ

แจกแผ่นพับเพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำ และส่งเสริมให้ผู้ประกอบอาหารแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน หลังกระบวนการมีส่วนร่วม 1 เดือนประเมินผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำและการทดสอบคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำ สรุปผลการวิจัยและขออนุญาตเผยแพร่งานวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเป็นผู้ประกอบการ ประเภทอาหารทอด และความคิดเห็นเกี่ยวกับราคาน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารปัจจุบัน โดยใช้สถิติใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในชุมชน เทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติ t-test dependent

3. การเปรียบเทียบคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำในชุมชนเทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อนและหลังการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่โครงการ COA No.008/66 เลขที่เอกสารรับรอง UPHO REC No.004/66 เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัยในมนุษย์โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นโดยผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า จะเก็บเป็นความลับเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่าผู้ประกอบอาหารทอดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.20 อายุ 18-40 ปีร้อยละ 41.94 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาร้อยละ 54.83 ประกอบอาหารในชุมชนร้อยละ 61.30 ระยะเวลาเป็นผู้ประกอบอาหาร 1-5 ปีร้อยละ 51.62 อาหารทอดเป็นลูกชิ้น ฮอตดอกมากที่สุดร้อยละ 35.79 และผู้ประกอบอาหารมีความคิดเห็นเกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารปัจจุบันมีราคาแพงร้อยละ 61.30 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบอาหาร (n=93)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ประกอบอาหาร (n=93)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	24	25.80
หญิง	69	74.20
<b>อายุ</b>		
18 ปี-40 ปี	39	41.94
41-60 ปี	27	29.03
60 ปี	27	29.03
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	27	29.03
มัธยมศึกษา	51	54.83
อนุปริญญา/ปวช/ปวส	3	3.22
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	12	12.92

# วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ประกอบอาหาร (n=93)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประเภทผู้ประกอบอาหาร</b>		
ผู้ประกอบอาหารในโรงเรียน	8	8.60
ผู้ประกอบอาหารหน้าโรงเรียน	12	12.90
ผู้ประกอบอาหารตลาด	16	17.20
ผู้ประกอบอาหารในชุมชน	57	61.30
<b>ระยะเวลาเป็นผู้ประกอบอาหาร</b>		
1-5 ปี	48	51.62
5 ปี - 10 ปี	9	9.68
มากกว่า 10 ปี	36	38.70
<b>ประเภทอาหารทอด</b>		
ไก่ทอด	24	25.80
หมูทอด	27	29.03
ลูกชิ้น ฮอตดอก	33	35.49
ปลาทอด	9	9.68
<b>ความคิดเห็นเกี่ยวกับราคาน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารปัจจุบัน</b>		
ราคาปกติ	12	12.90
ราคาแพง	57	61.30
ราคาแพงมาก	24	25.80

## 2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังกระบวนการมีส่วนร่วม

ผู้ประกอบอาหารมีความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำและพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำก่อนและหลังกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมของผู้ประกอบอาหารก่อนและหลังกระบวนการมีส่วนร่วม นำเสนอด้วยคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลค่าเฉลี่ย

ข้อมูล	ก่อนกระบวนการมีส่วนร่วม		หลังกระบวนการมีส่วนร่วม		t	df	p-Value
	X	SD	X	SD			
	ความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำ	13.35	2.15	16.2 9			
พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ	46.61	6.47	52.4 8	7.02	-4.857	92	0.001

### 3. การเปรียบเทียบคุณภาพของน้ำมันทอดก่อนและหลังกระบวนการมีส่วนร่วม

ผู้ประกอบอาหารก่อนเข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่าน้ำมันทอดยังไม่เสื่อมสภาพร้อยละ 20.00 น้ำมันทอดใกล้เสื่อมสภาพร้อยละ 65.00 และน้ำมันทอดเสื่อมสภาพร้อยละ 15.00 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าน้ำมันทอดยังไม่เสื่อมสภาพมีจำนวนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 45.00 น้ำมันทอดใกล้เสื่อมสภาพลดลงเป็นร้อยละ 55.00 และไม่พบน้ำมันเสื่อมสภาพ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำก่อนและหลังกระบวนการมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 แสดงดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคุณภาพของน้ำมันทอดก่อนและหลังกระบวนการมีส่วนร่วมนำเสนอด้วยสถิติร้อยละ และการแปรผลเปรียบเทียบ

ตัวอย่างน้ำมันทอดซ้ำ	ก่อนกระบวนการ		หลังกระบวนการ		value	df	p-Value
	มีส่วนร่วม		มีส่วนร่วม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
น้ำมันยังไม่เสื่อมสภาพ	12	20.00	27	45.00	22.70	2	0.001
น้ำมันใกล้เสื่อมสภาพ	39	65.00	33	55.00			
น้ำมันเสื่อมสภาพ	9	15.00	0	0.00			

#### อภิปรายผล

การศึกษาลงมือของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้ พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในชุมชนเทศบาลตำบลศรีพนมมาศ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าผู้ประกอบอาหารมีความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำมากขึ้นและพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำดีขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมกระตุ้นให้บุคคลตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำลดลง (Smith et al., 2019) การเสริมสร้างความรู้เพื่อกระตุ้นการตระหนักถึงความเสี่ยงเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการใช้น้ำมันทอดซ้ำสามารถก่อให้เกิดสารพิษ เช่น สารอะคริลาไมด์ ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งจะเกิดการตระหนักรู้ในระดับที่สูงขึ้น (Boonwong et al., 2020) และส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น เช่น เลือกลงใช้น้ำมันใหม่บ่อยขึ้นหรือเลือกวิธีการปรุงอาหารแบบอื่นเพื่อลดการใช้น้ำมัน (WHO, 2021) นอกจากนี้ความรู้สร้างพื้นฐานสำหรับการพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับวิธีการที่เหมาะสมในการใช้น้ำมันหรือวิธีการลดการใช้น้ำมันทอดซ้ำเช่น การเลือกน้ำมันที่ทนความร้อนสูงและมีสารต้านอนุมูลอิสระสูงเป็นต้น ช่วยให้บุคคลมีทักษะในการจัดการการใช้น้ำมันได้ดีขึ้นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ (Nguyen & Brown, 2020) นอกจากนี้การได้รับข้อมูลและความรู้จะช่วย

ปรับทัศนคติต่อการใช้น้ำมันที่ดีต่อสุขภาพทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน (Kumagai et al., 2022)

ผลการศึกษาค่าคุณภาพของน้ำมันทอดก่อนผู้ประกอบอาหารเข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมพบน้ำมันทอดยังไม่เสื่อมสภาพร้อยละ 20.00 น้ำมันทอดใกล้เสื่อมสภาพร้อยละ 65.00 และน้ำมันทอดเสื่อมสภาพ ร้อยละ 15.00 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าน้ำมันทอดยังไม่เสื่อมสภาพมีจำนวนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 45.00 น้ำมันทอดใกล้เสื่อมสภาพลดลงเป็นร้อยละ 55.00 และไม่พบน้ำมันทอดเสื่อมสภาพ เมื่อเปรียบเทียบน้ำมันทอดซ้ำหลังกระบวนการมีส่วนร่วมพบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ประกอบอาหารส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโทษของการใช้น้ำมันทอดซ้ำอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ทำให้มีผลพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ (รจฤติ โชติกาวิรินทร์และคณะ, 2566) การส่งเสริมให้ผู้ประกอบอาหารมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาทำให้ผู้ประกอบอาหารมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ประกอบการ (สุกัญญา อินทชัยและรัตนา อาวิพันธ์, 2563) พบว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการสุขาภิบาลอาหารในมหาวิทยาลัยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาผลของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้ พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ กระบวนการมีส่วนร่วมมีผลให้ผู้ประกอบอาหารมีความรู้เรื่องน้ำมันทอดซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยเพิ่มขึ้นในหัวข้อความรู้ประเภทของภาชนะที่ใช้และความรู้อันตรายของน้ำมันทอดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.01 ตามลำดับ และพบว่าพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเพิ่มขึ้นในหัวข้อการใช้น้ำมันทอดอย่างถูกวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาคุณภาพของน้ำมันทอดพบว่าน้ำมันทอดไม่เสื่อมสภาพร้อยละ 76.00 และน้ำมันทอดใกล้เสื่อมสภาพร้อยละ 24.00 หลังกระบวนการมีส่วนร่วมพบน้ำมันไม่เสื่อมสภาพร้อยละ 100.00 และไม่พบน้ำมันใกล้เสื่อมสภาพ คุณภาพน้ำมันทอดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (พิชชาภรณ์ ดำริธรรมเจริญ, 2566) ทั้งนี้ในระหว่างการศึกษาการตรวจน้ำมันทอดซ้ำ ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำผู้ประกอบอาหารถึงการลดจำนวนครั้งและจำนวนวันในการใช้น้ำมันทอดเพื่อให้ไขมันที่ใช้อย่างไม่เสื่อมสภาพ

## สรุปผล

การวิจัยชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่สำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมต่อการจัดการสุขาภิบาลอาหารในกลุ่มผู้ประกอบการอาหารโดยเฉพาะในด้านความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำซึ่งพบว่า ความรู้และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก คือ ผู้ประกอบอาหารมีความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการ

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. (2563). รายงานประจำปีงบประมาณ 2562. อุดรดิตถ์: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์.
- จงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี และคณะ. (2557). แนวทางการจัดทำแผนรับมือในภาวะฉุกเฉิน ความปลอดภัยอาหารของประเทศไทย สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย, 9.
- จินตวิรี เกษมสุข. (2561). แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 26(50), 169-186.
- นฤมล เทียมสุวรรณ. (2564). การศึกษาปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 9(2), 97-104.
- นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2015). อันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำ. วารสารวิชาการและวิจัย มทร.พระนคร, 9(1), 166-175.

ใช้น้ำมันทอดซ้ำที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 หลังจากเข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมและทำให้พบคุณภาพของน้ำมันทอดยังไม่เสื่อมสภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นกระบวนการมีส่วนร่วมจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ประกอบอาหารให้ส่งผลดีต่อคุณภาพของอาหาร โดยเฉพาะในมิติของการจัดการน้ำมันทอดซ้ำซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขาภิบาลอาหารในบริบทของจังหวัดอุดรดิตถ์

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมไปใช้ในกลุ่มผู้ประกอบการอาหารกลุ่มอื่นๆ เพื่อพัฒนางานด้านอาหารปลอดภัยในจังหวัดต่อไป
2. ควรให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการพัฒนางานด้านอาหารปลอดภัยเช่น ชมรมผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ชมรมคุ้มครองผู้บริโภคอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นต้น
3. ควรมีการสุ่มตรวจน้ำมันทอดในร้านค้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยต่อไปควรดำเนินการพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ประกอบอาหาร ในส่วนของอาหารปลอดภัยด้านอื่นร่วมด้วยเช่น ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการป้องกันการเกิดอาหารไม่ปลอดภัยแบบเป็นกลุ่มก้อน
2. การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างในระดับที่ใหญ่ขึ้นเป็นในระดับอำเภอ

- พิชาภรณ์ ดำริธรรมเจริญ. (2566). ผลของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้ พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบอาหารในโรงเรียน ในเขตเทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์. การประชุมวิชาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566.
- รจฤดี โชติกาวิรินทร์, ทิพย์ภรณ์ จุลชัยฤกษ์, ปิยธิดา เอ็นดู, เพชรดา สังข์โต, อภิชนา สิงห์อ่อนและภรตี อาษา. (2566). คุณภาพน้ำมันทอดซ้ำและความรู้ของผู้จำหน่ายอาหารในบริเวณรอบมหาวิทยาลัยบูรพา. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 15 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 1923-1934.
- สมบัติ นามบุรี. (2562). ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 2(1), 183-197.
- สุชิน คณสุข. (2565). น้ำมันทอดซ้ำ...เสี่ยงมะเร็ง. สืบค้นจาก <https://www.fda.moph.go.th/sites/food/KM/oil/FryingOil2.pdf>
- สุกัญญา อินทชัย และรัตนา อาวิพันธ์. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในการจัดการสุขาภิบาลอาหารในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *วารสารวิจัย มช. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 20(1), 19-30.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2562). *สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย (ส่วนภูมิภาค) ผลการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นด้านเคมีและจุลินทรีย์ ปีงบประมาณ 2562*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
- ศิริินภา มณีแดง. (2560). การจัดการน้ำมันทอดซ้ำของผู้จำหน่ายอาหารทอดในพื้นที่เทศบาลตำบลวังไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรุณศรี บุญมาศิริ, (2561). การจัดการปัญหาน้ำมันทอดซ้ำในอาหารประเภทไก่ทอดในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 10(1). 185-194.
- Boonwong, S., Thammasat University., & Thailand Ministry of Health. (2020). Revised Health Impacts of Repeatedly Used Frying Oil. Bangkok: Ministry of Health Press.
- Kumagai, Y., Matsui, H., & Kimura, H. (2022). Social Psychology in Health Behavior Changes: A Group Intervention Approach. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 45-57. <https://doi.org/10.1177/1469789319876543>
- Nguyen, T., & Brown, R. (2020). Promoting Healthy Cooking Practices: Managing Oil Usage for Better Health. *Journal of Nutrition and Public Health*, 15(3), 125-137.
- Smith, J., Brown, K., & Nguyen, P. (2019). Healthy Cooking Practices for Public Health. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization. (2018, April 12). Food Safety. Retrieved November 24, 2022, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/en/>
- World Health Organization. (2021). Guidelines on Risk Factors and Management in Repeated oil Usage for Cooking. Geneva: WHO Press.



**ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน  
โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3**  
**Factors Affecting the Performance of the Role of Providing Basic  
Primary Care Services using Digital Technology  
of Village Health Volunteers, Health District 3**

**ธีรปกรณ์ สุภกิจโยธิน**

Theepanakorn Supphakityothin

**ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**

Health Service Support Center 3, Department Of Health Service Support

Received: 25 Oct, 2024 Revised: 11 Dec ,2024 Accepted: 13 Dec ,2024

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 458 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตามบทบาทการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับมาก ร้อยละ 64.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 32.1 ส่วนที่เหลือระดับน้อย ร้อยละ 3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การที่ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย โดยมีอำนาจการพยากรณ์สูงสุด (Beta=0.188) รองลงมาคือ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ (Beta=0.140) การได้รับการพัฒนาศักยภาพ/อบรม รอบ 1 ปีที่ผ่านมา (Beta=0.136) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Beta=0.129) การได้รับการคัดเลือกให้เป็น อสม. โดยชาวบ้านคัดเลือกในเวทีประชุม (Beta=0.095) และปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงาน (Beta= -0.114) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 6 ตัวร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้ร้อยละ 31.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ :** การให้บริการปฐมภูมิ เทคโนโลยีดิจิทัล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3

**Abstract**

This survey research aimed to study factors affecting the performance of the role of providing basic primary care services using digital technology of village health volunteers, Health District 3. The sample consisted of 458 village health volunteers in Health District 3 selected through multistage random sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed using Descriptive Analysis and Stepwise Multiple Regression Analysis. The research findings revealed that the majority of Village Health Volunteers demonstrate a high level of performance in the role of providing basic primary care services using digital technology with 64.8%, 32.1% at a moderate level, and 3.1% at a low level. factors affecting the

performance of village health volunteers in providing basic primary care services using digital technology included: the presence of health promotion/exercise clubs in the village/community, which had the highest predictive power (Beta=0.188), followed by the number of households under responsibility (Beta=0.140), capacity development/training received in the past year (Beta=0.136), work motivation (Beta=0.129), being selected as a village health volunteer through village meeting elections (Beta=0.095), and work obstacles (Beta=-0.114). These six predictive variables collectively explained 31.1% of the variance in performance of basic primary care services using digital technology, with statistical significance at the 0.05 level.

**Keyword :** Primary care services, Digital technology, Village health volunteers, Health Region 3

## บทนำ

กว่าสี่ทศวรรษแล้วที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ช่วยเหลือพี่น้องในชุมชนให้ห่างไกลจากโรคต่างๆ โดย อสม.ได้ปกป้องคนในชุมชนจากโรคระบาดใหม่ที่พวกเขาไม่เคยเผชิญมาก่อน อสม.เหล่านี้เป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งสำรวจเก็บข้อมูลด้านสาธารณสุขสุขภาพของครอบครัว และรณรงค์เรื่องการป้องกันโรคเพื่อสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดโรคต่างๆ ติดตามผู้สัมผัสโรคและเพื่อติดตามด้านสุขภาพ (World Health Organization Thailand, 2563) ในปี 2564 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ได้แก่ หมอคนที่ 1 อสม. หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน ได้รับการดูแล ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ , 2565)

สำหรับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 และประกาศคณะกรรมการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านกลาง พ.ศ.2566 "ระบบอิเล็กทรอนิกส์" หมายความว่า ระบบฐานข้อมูลหรือแอปพลิเคชันที่ใช้สำหรับส่งรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. "สมาร์ต อสม." หมายความว่า แอปพลิเคชัน หรือระบบฐานข้อมูลที่ใช้จัดทำและส่งรายงานผลการปฏิบัติงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ(อสม.1) ในแอปพลิเคชัน "สมาร์ต อสม." ส่งภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน และให้ถือเป็นการรับรองผลการปฏิบัติงานด้วยตนเองและมีผลผูกพันตามกฎหมาย ในปี 2567 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้พัฒนาแอปพลิเคชัน Smart อสม. เชื่อมโยงข้อมูลการ

ปฏิบัติงาน อสม.กับระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566)

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจของเฟรดเดอริค เฮอร์ซเบิร์ก(Herzberg's dual factor theory 1990) เฮอร์ซเบิร์ก(Herzberg F. et al., 1990) (ชาคริต สิ้นเย็น, 2558) มาประยุกต์ใช้เพื่ออธิบายการปฏิบัติงานปฐมภูมิขั้นพื้นฐานระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ตอบทบาทของ อสม.ในการการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเขตสุขภาพที่ 3 ที่แสดงถึงความต้องการของคนในองค์กรหรือ การจูงใจจากการทำงานว่า ความพอใจในงานที่ทำ และความไม่พอใจในงานที่ไม่ได้มาจากปัจจัย กลุ่มเดียวกัน แต่มีสาเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) กับปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ในด้านปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) เป็นสิ่งที่สร้างความพึงพอใจในงานให้เกิดขึ้นซึ่งจะช่วยให้บุคคลรักและชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และทำให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ประการ คือ ความสำเร็จในการทำงาน (Achievement) การยอมรับนับถือ (Recognition) ลักษณะงาน(Work Itself) ความรับผิดชอบ (Responsibility) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง (Advancement) ในด้านปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factors) เฮอร์ซเบิร์ก กล่าวถึง ปัจจัยค้ำจุน หรือปัจจัยสุขอนามัยว่า เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความไม่พอใจในการทำงาน และเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ บุคคลยังคงปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา ซึ่งหาก อสม.ขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติงานเชื่อมโยงกับการใช้เทคโนโลยีที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง และการสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เหมาะสม จะไม่สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายตามบทบาทการจัดการบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานได้ เกิดผลกระทบโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ ในปี 2564

ผลการปฏิบัติงานในระดับประเทศการพัฒนาในระดับความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้าน เพื่อเชื่อมต่อกับนโยบาย 3หมอ ทั่วประเทศ จำนวน 83,223 คน คิดเป็นร้อยละ 110.92 ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 94.86 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน,2564) ในปี 2565 มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. สูการเป็น สมาร์ท อสม. และ อสม.หมอประจำบ้าน จำนวน 81,831 คน จากเป้าหมาย 75,086 คน คิดเป็นร้อยละ 108.98 เมื่อพิจารณารายเขต พบว่าในทุกเขต มีการพัฒนาศักยภาพ สูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ทุกเขต เขตที่มีผลงานสูงสุดได้แก่ เขตที่ 3 , 7 และ 12 คิดเป็นร้อยละ 125.33, 116.03 และ 112.47 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 1,309,349 คน จากเป้าหมาย 1,368,960 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน,2565) และในปี 2566 พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านแอปพลิเคชัน “Smart อสม.” เป็นของขวัญปีใหม่ 2566 ค้นหาคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ให้กับผู้สูงอายุทั่วประเทศ มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. จำนวน 111,525 คน คิดเป็นร้อยละ 102.42 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ร้อยละ 68.82 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน,2566) โดยจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย อสม.หมอประจำบ้านไปปฏิบัติพื้นที่จังหวัดนครนายก พบว่า อสม.หมอประจำบ้านสามารถดูแลกลุ่ม ผู้สูงอายุ (LTC) ในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อยู่ในระดับมาก ประสิทธิภาพด้านความสำเร็จในการนำนโยบาย อสม.หมอประจำบ้านไปปฏิบัติที่มากที่สุดคือ ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่อยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจากการนำนโยบาย อสม.หมอประจำบ้านไปปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย และปัจจัยด้านทรัพยากร นโยบาย สำหรับปัจจัยที่มีผล ต่อประสิทธิภาพด้านความสำเร็จในการนำนโยบาย อสม.หมอประจำบ้านไปปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านทรัพยากรนโยบาย ปัจจัยด้านคุณสมบัติของ รพ.สต. และปัจจัยด้านบุคคลผู้ปฏิบัติหน้าที่ (อัญชลี ผิวงาม , 2567) ในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล

ได้แก่ รายได้ และวิธีการเข้าสู่ตำแหน่ง อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม สวัสดิการและค่าตอบแทน (การรักษาพยาบาล อสม. และครอบครัว) และการให้ทุน อสม. และโควตาบุตร อสม. เข้าศึกษาในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข การให้รางวัลยกย่อง เชิดชูเกียรติที่รัฐจัดให้ เช่น การประกวด อสม.ดีเด่นระดับต่างๆ และการมอบเข็มเชิดชูเกียรติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ในด้านระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับการปฏิบัติงานปานกลาง และการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. ควรมีการสนับสนุนค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมมากขึ้นเพื่อเพิ่มขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ควรประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการลงพื้นที่อย่างใกล้ชิด ควรเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของประชาชนในการดำเนินงานสาธารณสุขให้เพิ่มมากขึ้น และควรมีการส่งเสริมพัฒนา ศักยภาพ อสม. โดยการพัฒนาความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (ไพบูลย์ งามสกุลพิพัฒน์ , 2554 )

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางเสริมสร้างสนับสนุนการปฏิบัติงานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถปฏิบัติงานการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เอกสารรับรองเลขที่ NSWPHO-022/67 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2567

1. ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 60,140 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, Thaiphc.net:2567) การคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรกรณีวัตถุประสงค์หลักเป็นค่าเฉลี่ย (Estimating a finite population mean) พิจารณาใช้กรณีตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่อง กรณีทราบจำนวนประชากร (Wayne, 1995) ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 10 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งมีการศึกษาพบว่า อสม.ในทีมหมอครอบครัวมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงาน 3.84 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 (ปรารักษ์ จักรไชย, อภิชัย คุณีพงษ์ และวรงค์ ช่างแก้ว, 2560) มาแทนค่าในสูตรคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n) เท่ากับ 382 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 458 คน จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายจังหวัดตามสัดส่วน อสม. (Proportional to size) การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ขั้นที่ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละจังหวัดในทุกจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 3 รวม 5 จังหวัด เพื่อให้มีตัวแทนแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนครบทุกจังหวัด ขั้นที่ 2) สุ่มคัดเลือกอำเภอ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่ออำเภอทั้งหมดของจังหวัดนั้น มาทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จนได้จำนวนจังหวัดละ 5 อำเภอ รวม 15 อำเภอ ขั้นที่ 3) สุ่มคัดเลือก อสม.ในแต่ละอำเภอโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ตามสัดส่วน อสม.ของแต่ละอำเภอ จนได้ครบตามจำนวนที่ต้องการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of objective-item congruence :IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 (Hambleton, 1980) และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการของครอนบาร์ค (Cronbach, 1951) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้ของ อสม.ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ใช้วิธี

KR-20 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.76 และความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้แก่ ทศนคติของ อสม. ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน แรงสนับสนุนทางสังคม ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.84, 0.86, 0.90 0.88 และ 0.80 ตามลำดับ ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การพัฒนาศักยภาพระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้สื่อสาร โรคประจำตัว การคัดเลือกให้เป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนระยะทางหมู่บ้าน/ชุมชน และชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2) ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ลักษณะคำถามเป็นแบบถูก-ผิด เลือกตอบเพียงข้อเดียวที่เห็นว่าถูก จำนวน 10 ข้อ แปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3) ทศนคติของ อสม. ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 10 ข้อ แปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating

Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 10 ข้อ แปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 5) แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของ อสม. ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 10 ข้อ แปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 6) ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ไม่เป็นปัญหา เป็นปัญหาบางส่วน และเป็นปัญหามาก ให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 10 ข้อ แปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 7) การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ บางเดือน ทุกเดือน ให้คะแนน 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 32 ข้อ แปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์งานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับพร้อมขออนุญาตทำการศึกษาและส่งหนังสือขอความ

อนุเคราะห์เก็บข้อมูลจาก สสจ.ในเขตสุขภาพที่ 3 ถึง สสอ./รพ./รพ.สต. เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้ว โดยจะเริ่มเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 25 กรกฎาคม - 24 สิงหาคม 2567 พร้อมทั้งบันทึกข้อมูล โดยมีอัตราการตอบกลับแบบสอบถาม ร้อยละ 100.0 ซึ่งภายในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อ ใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

4. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยพบว่า ค่า Residuals statistics ได้ค่า Mean เท่ากับ 0.000 ค่า S.D. เท่ากับ 0.991 เข้าใกล้ 1 แสดงถึงค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ และมีค่า Durbin - Watson เท่ากับ 1.852 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่าไม่เกิดภาวะ Multicollinearity ดังนั้นตัวแปรตัวแปรพยากรณ์ที่นำมาใช้ทดสอบไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ซึ่งผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิตินี้ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.1 อายุเฉลี่ย 54.69 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.8 ได้รับการพัฒนาศักยภาพ/อบรม รอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 92.1 ระยะเวลาการเป็น อสม. 11-20 ปี ร้อยละ 37.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 48.7 ประกอบอาชีพทำนา ร้อยละ 37.8 ไม่มีตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน ร้อยละ 64.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,564.60 บาท

การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวันเป็น  
สมาร์ตโฟน ร้อยละ 97.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.2 ได้รับการ  
คัดเลือกให้เป็น อสม. โดยสมัครใจเอง ร้อยละ 84.1 จำนวน  
หลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 11.62 หลังคาเรือน ระยะทาง  
หมู่บ้าน /ชุมชน ห่างจาก รพ.สต./รพ. ต้นสังกัดเฉลี่ย 3.23  
กิโลเมตร ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรม  
ออกกำลังกาย ร้อยละ 55.5

**2. ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล** ระดับความรู้ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (คะแนน 6-7) ร้อยละ 87.6 รองลงมาเป็นระดับมาก (คะแนน 8-10) ร้อยละ 9.8 และระดับน้อย (คะแนน 0-5) ร้อยละ 2.6 โดยค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ทั้งหมดอยู่ที่ 6.95 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับปานกลางมากกว่าระดับอื่น ๆ

**3. ทักษะคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล** ระดับทัศนคติส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับปานกลาง (คะแนน 30-39) ร้อยละ 86.2 รองลงมาเป็นระดับมาก (คะแนน 40-50) ร้อยละ 12.7 และระดับน้อย (คะแนน 10-29) คิดเป็นร้อยละ 1.1 โดยค่าเฉลี่ยของระดับทัศนคติทั้งหมดอยู่ที่ 36.29 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.03 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน

**4. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** ระดับแรงจูงใจส่วนใหญ่แรงจูงใจในระดับมาก (คะแนน 40-50) คิดเป็นร้อยละ 70.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง (คะแนน 30-39) คิดเป็นร้อยละ 28.8 และระดับน้อย (คะแนน 10-29) คิดเป็นร้อยละ 0.9 โดยค่าเฉลี่ยของระดับแรงจูงใจอยู่ที่ 41.30 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.68 แสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมาก

**5. แรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (คะแนน 40-50) คิดเป็นร้อยละ 87.6 รองลงมาเป็นระดับ

ปานกลาง (คะแนน 30-39) คิดเป็นร้อยละ 12.4 และไม่มีผู้ตอบที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (คะแนน 10-29) โดยค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ที่ 42.62 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.13 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

**6. ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล** ระดับปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงาน พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย (คะแนน 10-17) คิดเป็นร้อยละ 81.9 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง (คะแนน 18-23) คิดเป็นร้อยละ 17.0 และมีเพียงส่วนน้อยที่มีปัญหาอุปสรรคในระดับมาก (คะแนน 24-30) คิดเป็นร้อยละ 1.1 โดยค่าเฉลี่ยของปัญหาอุปสรรคอยู่ที่ 13.25 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.87 แสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่ประสบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานในระดับน้อย

**7. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล** ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในระดับมาก (คะแนน 77-96) คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง (คะแนน 57-76) คิดเป็นร้อยละ 32.1 และมีส่วนน้อยที่ปฏิบัติงานในระดับน้อย (คะแนน 32-56) คิดเป็นร้อยละ 3.1 โดยค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติงานอยู่ที่ 80.61 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.77 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับที่ค่อนข้างมาก

**8. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการ จัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3** ผลการศึกษาพบว่า มี 6 ตัวแปรที่ร่วมทำนายนการปฏิบัติงานตามบทบาทการ จัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 31.1 ได้แก่ การได้รับการพัฒนาศักยภาพ/อบรม รอบ 1 ปี ที่ผ่านมา (p-value = 0.004) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (p-value = 0.008) การที่ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย (p-value <0.001) โดยชาวบ้านคัดเลือกในเวทีประชุม (p-value = 0.046)

จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ (p-value = 0.004) และ ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงาน (p-value = 0.019) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย การที่ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย มีอำนาจการพยากรณ์สูงสุด (Beta=0.188) รองลงมาคือ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ (Beta=0.140) การได้รับการพัฒนา ศักยภาพ/อบรม รอบ 1 ปี ที่ผ่านมา (Beta=0.136) แรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน (Beta=0.129) การได้รับการคัดเลือกให้เป็น อสม. โดยชาวบ้านคัดเลือกในเวทีประชุม (Beta=0.095) และ ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงาน (Beta= -0.114)

การแปรผลจากค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย ( $\beta$ ) ได้ ดังนี้ การได้รับการพัฒนา ศักยภาพ/อบรม รอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ( $\beta = 6.132$ ) หมายความว่า อสม.ที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ/อบรม มีการปฏิบัติงานตามบทบาทการ จัดบริการปฐมภูมิขั้น พื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับ อสม.ที่ไม่ได้รับการอบรมพัฒนา ศักยภาพ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ( $\beta = 0.320$ ) หมายความว่า เมื่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย การปฏิบัติงานตามบทบาทการ จัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลจะเพิ่มขึ้น

0.320 หน่วย การที่ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย ( $\beta = 4.498$ ) หมายความว่า อสม.ที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน ที่มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรม ออกกำลังกาย มีการปฏิบัติงานตามบทบาทการ จัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับ อสม.ที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ไม่มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย อสม.ได้รับการคัดเลือกโดยชาวบ้าน คัดเลือกในเวทีประชุม ( $\beta = 6.605$ ) หมายความว่า อสม.ที่ได้รับการคัดเลือกโดยชาวบ้านคัดเลือกในเวทีประชุม มีการปฏิบัติงานตามบทบาทการ จัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับ อสม.ที่สมัครใจเป็นเอง จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ( $\beta = 0.520$ ) หมายความว่า เมื่อจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย การปฏิบัติงานตามบทบาทการ จัดบริการปฐมภูมิขั้น พื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลจะเพิ่มขึ้น 0.520 หน่วย ปัญหา อุปสรรคการปฏิบัติงาน ( $\beta = -0.353$ ) หมายความว่า เมื่อ จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย การปฏิบัติงานตามบทบาทการ จัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลจะลดลง 0.353 หน่วย

**ตารางที่ 1** แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทการ จัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 (n = 458)

ตัวแปรพยากรณ์	$\beta$	beta	t	p-value
ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ/อบรม รอบ 1 ปี ที่ผ่านมา (ไม่มีรับการพัฒนา ศักยภาพ/อบรม เป็นกลุ่มอ้างอิง)	6.132	0.136	2.883	0.004
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.320	0.129	2.676	0.008
ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย (ไม่มีชมรม เป็นกลุ่มอ้างอิง)	4.498	0.188	3.857	<0.001
ได้รับการคัดเลือกให้เป็น อสม. โดยชาวบ้านคัดเลือกในเวทีประชุม (สมัครใจ เป็นกลุ่มอ้างอิง)	6.605	0.095	1.999	0.046
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ	0.520	0.140	2.924	0.004
ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงาน	-0.353	-0.114	-2.356	0.019

Constant (a) = 59.948, R = 0.367, R<sup>2</sup> = 0.311, Adjusted R<sup>2</sup> = 0.316

สามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานตาม บทบาทการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

การปฏิบัติงานตามบทบาทการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้น พื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน =  $59.948 + 6.132$  (การได้รับการพัฒนาศักยภาพ/อบรม) +  $0.320$  (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) +  $4.498$  (การที่ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย) +  $6.605$  (การได้รับการคัดเลือกให้เป็น อสม. โดยชาวบ้านคัดเลือกในเวทีประชุม) +  $0.520$  (จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ) -  $0.353$  (ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงาน)

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ระดับการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ฯ พบว่าส่วนใหญ่การปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.8 แสดงให้เห็นถึงความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 3 ที่ปฏิบัติงานตามบทบาทในการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนากำลังคนให้พร้อมเข้าสู่ยุคเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) อย่างไรก็ตามควรพัฒนาผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ให้เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจัดการพัฒนาศักยภาพที่มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีใหม่อย่างสม่ำเสมอ

ผลการศึกษาพบว่ามีปัจจัยทำนาย 6 ตัวแปรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ การได้รับการพัฒนาศักยภาพ/อบรม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การที่ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย การได้รับการคัดเลือกให้เป็น อสม. โดยชาวบ้านคัดเลือกในเวทีประชุม จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงาน โดยร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของ อสม. ในการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้ ร้อยละ 31.1 อภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. การได้รับการพัฒนาศักยภาพหรือการอบรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่าการเพิ่มพูนความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การอบรมจึงช่วยให้ อสม. สามารถปรับตัวและใช้เทคโนโลยีในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ ไจระวัง (2567) ที่พบว่าผลการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ต่อการใช้โมบายแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลและมีทักษะการใช้โมบายแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลกระทรวงสาธารณสุข ยังชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะดิจิทัลเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญ โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพระดับประเทศ เร่งบูรณาการเพื่อนำดิจิทัลมาใช้เพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพ เพิ่มขีดความสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายสุขภาพแห่งชาติ และความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ (กระทรวงสาธารณสุข , 2564)

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานของ อสม.ในการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความทุ่มเทและความตั้งใจในการทำงานสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจสูงจะมีความพยายามและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ (Herzberg, 1990) และสอดคล้องกับการศึกษาของพารินท์ แก้วสวัสดิ์ (2565) พบว่าแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นถึงการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและมีนโยบายด้านแรงจูงใจเป็นอย่างดี ส่งผลให้มีการปฏิบัติงานที่ดีตามมา

3. การมีชมรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งช่วยสนับสนุนการทำงานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในการจั้ดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน ซึ่ง อสม. มีส่วนในการส่งเสริมการขับเคลื่อนทางสังคม (Community mobilization) สร้างและพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูโรคไม่ติดต่อ/ขับเคลื่อนผ่านกลไกการจัดการสิ่งแวดล้อม



ที่ส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย กิจกรรมรวมพลังสร้างเสริมสุขภาพ (ศูนย์พัฒนานักยุทธศาสตร์ และแผนกำลังคนด้านสุขภาพ, 2563) โดยเฉพาะเมื่อมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดำเนินการ เนื่องจากการมีชมรมดังกล่าวส่งเสริมความร่วมมือในระดับชุมชนและสนับสนุนการสร้างควมตระหนักรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากร ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.ผ่านชมรมเหล่านี้ในการจัดเก็บข้อมูลและติดตามผลสุขภาพประชาชน

4. การได้รับการคัดเลือกโดยชาวบ้าน มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สะท้อนถึงการยอมรับและความไว้วางใจจากชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่นและได้รับความร่วมมือจากประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย จิวจินดา (2562) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนดีที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น นอกจากนี้การที่ อสม. ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านเองในเวทีประชุมสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการนี้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ในการสร้างควมยั่งยืนของระบบสุขภาพ การที่ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการคัดเลือก อสม. นอกจากจะช่วยให้สร้างแรงจูงใจให้ อสม. มีความรับผิดชอบและแรงผลักดันในการทำงานแล้ว ยังสร้างความเชื่อมั่นให้กับชุมชนในการยอมรับบทบาทของ อสม. (รัชยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ, 2561)

5. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ มีผลต่อภาระงานและความสามารถในการดูแลประชาชนอย่างทั่วถึง การมีจำนวนหลังคาเรือนที่เหมาะสมจะช่วยให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิมา ยอดทหาร และวัลลภรัตน์ พบศิริ (2563) ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่าอสม. ที่มีจำนวนครัวเรือนในความรับผิดชอบดูแล 30 - 39 ครัวเรือน จะมีระดับการปฏิบัติงานอยู่

ในระดับสูงมากที่สุด สำหรับในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 11.62 หลังคาเรือน แสดงให้เห็นว่ายังเป็นไปตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานได้กำหนดควบคุมครอบคลุมของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เหมาะสมในพื้นที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 ส่งผลให้การปฏิบัติงานในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นไปได้ด้วยดีไม่เป็นภาระมากเกินไป

6. ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน มีผลทางลบต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน โดยเฉพาะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ สัญญาณอินเทอร์เน็ต หรือความเข้าใจในการใช้งานแอปพลิเคชันยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นหากมีอุปสรรคเพิ่มมากขึ้น จะทำให้การปฏิบัติงานลดลงได้ จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ส่วนใหญ่มีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสะท้อนมาสู่การปฏิบัติงานพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในระดับมาก ซึ่งการที่ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้ดีแม้มีข้อจำกัดอยู่บ้าง แสดงถึงการรับรู้ประโยชน์ (Perceived Usefulness) และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) ของเทคโนโลยีดิจิทัล (Davis, 1989)

## สรุปผล

อสม.เขตสุขภาพที่ 3 ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับมาก ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้รับการพัฒนาศักยภาพ/อบรม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การที่ในหมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกาย การได้รับการคัดเลือกให้เป็น อสม. โดยชาวบ้านคัดเลือกในเวทีประชุม จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงาน ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 3 ควรนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปจัดเป็นโปรแกรมเพื่อการพัฒนาาระบบสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมสำหรับ อสม. โดยจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

2. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ในเขตสุขภาพที่ 3 ควรนำผลที่ได้จากการศึกษาไปจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีชมรมสร้างเสริมสุขภาพ/ชมรมออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น เพิ่มเครือข่ายในการปฏิบัติงาน รวมถึงการจัดการภาระงาน และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม.

### ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติงานตามบทบาทการให้บริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). คู่มือ อสม. “ฉลาด อสม. และ อสม.หมอบริการบ้าน” ปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี : กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). *แนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานของ อสม.* ปี 2567 นนทบุรี: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน . สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2567, จาก <https://www.thaiphc.net/new2020>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (2564-2568)*. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2567, จาก [https://ict.moph.go.th/upload\\_file/files/9\\_7\\_c2\\_2\\_8\\_7\\_c8\\_f0\\_4\\_e1\\_3\\_f8\\_1\\_fec1\\_3\\_e4\\_3\\_1e7a5e.pdf](https://ict.moph.go.th/upload_file/files/9_7_c2_2_8_7_c8_f0_4_e1_3_f8_1_fec1_3_e4_3_1e7a5e.pdf)
- กัลยา วานิชย์บัญชา และ จิตตา วานิชย์บัญชา. (2558). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล . กรุงเทพฯ: สามลดา.
- ชาคริต สิ้นเย็น. (2558). "ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจและการดำรงรักษาพนักงานใน บริษัท เอบีพีคาเฟ (ประเทศไทย) จำกัด. (การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรมนุษย์ วิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ). กรุงเทพฯ, มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ชาญชัย จิวจินดา. (2562). รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม.; *วารสารนวัตกรรมสังคม*, 2(2), 34-50.
- บรรจบ ใจระวัง. (2567). ประสิทธิภาพการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีดิจิทัลต่อการใช้โมบายแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย*, 1(2), 63-78.
- ปรารค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์ และวรงค์ ช่างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 16-28.
- พารินทร์ แก้วสวัสดิ์. (2565). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 22-33.

- ไพบุลย์ งามสกุลพิพัฒน์ . (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี . สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต . มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 . (20 มีนาคม 2554). *ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ*, 128(33 ง), หน้า 1-10.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). ประกาศเรื่องนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. ราชกิจจานุเบกษา หน้า 1 เล่ม 136 ตอนที่ 47 ก วันที่ 11 เม.ย.62
- ศศิมา ยอดทหาร และวัลลือรัตน์ พบศิริ . (2563) . คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. *งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 . มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม . 19-20. กรกฎาคม 2563.*
- ศูนย์พัฒนานักยุทธศาสตร์และแผนกำลังคนด้านสุขภาพ. (2563). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและระบบสุขภาพปฐมภูมิ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.*
- อัญชลี ผิวงาม . (2567) . ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย อสม.หมอบริการบ้านไปปฏิบัติในพื้นที่ จังหวัดนครนายก . วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ .มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ .
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company.
- Cronbach, L.J., (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16(3), 297-334
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340.
- Hambleton, R. K. (1980). Test score validity and standard-setting method. In R.A. Berk (Ed.) *Criterion-referenced measurement: The state of the art* (pp. 80-123) . Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Herzberg, F, M. (1990). Effects of spousal satisfaction and selected career factors on job satisfaction of extension agents. *Journal of Agricultural Educatio*, 31(3), 31-37
- Wayne W., D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc, 177-178.
- World Health Organization Thailand (2563).อสม.ไทยกว่าล้านคน หรือ “ผู้ปิดทองหลังพระ” ช่วยสอดส่องดูแลให้ชุมชนห่างไกลโควิด 19. สืบค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2567, จาก <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19-TH>

**การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
โดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ  
อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง**

**Development of Primary Care Pharmaceutical Services for  
Patients with Chronic Non-Communicable Diseases through  
a Community-Based Approach and Collaboration with  
a Team of Three Doctors in Maetha District, Lampang Province.**

**นุชนางค์ มณีวงศ์**

Nuchnapang Maneewong

**โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง**

Maetha Hospital, Lampang

Received: 6 Nov, 2024

Revised: 14 Dec ,2024

Accepted: 20 Dec ,2024

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง และ ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีม 3 หมอจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 14 แห่ง จำนวน 34 คน และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 300 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการและสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบเก็บข้อมูลการแก้ไขปัญหาด้านยา แบบเก็บข้อมูลมูลค่ายาสำรองคงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ และแบบสอบถามที่ใช้วัดระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบบริการจากการให้บริการรายบุคคลในหน่วยบริการ เป็นการจัดเตรียมยารายบุคคลจากโรงพยาบาลและเภสัชกรออกดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนรายหมู่บ้าน ร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาด้านยาได้ มีความรุนแรงของโรคตามระบบป้องกัน 7 สีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.013$ ) โดยไม่มีความแตกต่างของจำนวนรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรค ( $p=0.866$ ) ทำให้มูลค่ายาสำรองคงคลังลดลง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ พบว่า ระดับการรับรู้และความคาดหวังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการรับรู้มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าความคาดหวังในทุกด้านของการบริการ ( $4.63 \pm 0.52$  vs  $4.50 \pm 0.63$ ,  $p < 0.001$ ) คุณภาพบริการที่ระดับการรับรู้เกินกว่าความคาดหวังน้อย ควรจะได้นำมาแก้ไข ปรับปรุง คือ การสร้างความเชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย การสร้างเจตคติของเภสัชกรในการแสดงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย และพยายามทำความเข้าใจผู้ป่วย สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ เป็นรูปแบบที่เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ให้ผลการรักษาที่ดี ลดมูลค่ายาสำรองคงคลัง และเป็นรูปแบบบริการที่มีคุณภาพในมุมมองทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

**คำสำคัญ:** บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ, การใช้ชุมชนเป็นฐาน, ทีมบริการสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

## Abstract

This research aimed to develop the quality of primary care pharmaceutical services for patients with chronic non-communicable diseases through a community-based approach and collaboration with a team of three doctors (3-Healthcare Team) in Maetha District, Lampang Province and to evaluate the development results. The sample involved 34 healthcare workers from 14 primary care units and 300 patients with chronic non-communicable diseases, selected by multi-stage sampling. The instruments used were a patient data record form and chronic disease patient ID book, a drug problem solving data collection form, a primary care unit drug inventory value collection form, and a questionnaire to measure expectations and perceptions of service quality. The results of the study found that the development of the service model from individual service in the service unit to individual drug preparation from the hospital and pharmacists to proactively work in the village community collaborated with a team of three doctors resulted in increased patient access to services, drug problem resolution and prevention, and significantly reduced severity of disease according to the 7-color ping-pong system ( $p=0.013$ ) with no difference in the number of drugs used to treat the disease ( $p=0.866$ ), resulting in a decrease in the drug inventory value. Comparing the mean level of expectation and perception of service providers and service recipients towards the quality of primary pharmacy services, it was found that the level of perception and expectation was significantly different. The level of perception was higher than the expectation in all aspects of the service ( $4.63 \pm 0.52$  vs  $4.50 \pm 0.63$ ,  $p < 0.001$ ). The service quality that was slightly higher than the expectation should be revised and improved, namely, building confidence that the medicine received was up to standard and safe, creating the attitude of pharmacists to show empathy and understanding to patients, and trying to get to know patients. In conclusion, the development of the quality of primary pharmacy services for patients with chronic non-communicable diseases through a community-based approach and collaboration with a team of three doctors is a model that increases access to services, provides good treatment results, reduces the value of drug inventory, and is a quality service model from the perspective of both service recipients and service providers.

**Keywords:** Primary care pharmaceutical services, Community-based approach, Healthcare team, Chronic Non-Communicable Diseases.

## บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases) หรือโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ปี พ.ศ.2565 องค์การอนามัยโลก รายงานข้อมูลประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยโรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศอย่างมากเนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคนไทย ที่ก่อให้เกิดภาระโรคจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร คนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs ปีละกว่า 400,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 81 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบอุบัติการณ์การเกิดโรค NCDs มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2563 - 2565 มีจำนวนผู้ป่วย NCDs ที่ขึ้นทะเบียนเท่ากับ 13,147 คน 13,348 คน และ 13,579 คน แต่แนวโน้มอัตราผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องกลับลดลง โดยร้อยละของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่อง เท่ากับ 67.60 , 63.67, 61.15 ร้อยละของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เท่ากับ 88.19, 87.24, 83.72 และร้อยละของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องที่ NPCU เท่ากับ 64.89, 60.52, 58.11 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการรักษาและรับยาต่อเนื่องของ NPCU เนื่องจากมีผู้ป่วยรับการรักษาที่ NPCU ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน แต่ปี 2565 รับการรักษาต่อเนื่องเพียงร้อยละ 58.11

อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง แบ่งเขตการปกครองเป็น 10 ตำบล 95 หมู่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพภาครัฐประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 30 แห่ง จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 13 แห่ง มีการจัดตั้งและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit ; PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (network primary care unit; NPCU) รวม 5 เครือข่าย

ตามนโยบายการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขด้านการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกใกล้บ้าน ลดระยะเวลารอคอย และพัฒนาระบบบริการเชิงรุก ต่อมาในปี 2564 มีนโยบายให้คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว 3 คน (ทีม 3 หมอ) เป็นการต่อยอดที่หมอครอบครัวโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทชัดเจนในระบบสุขภาพ เป็นหมอคนที่ 1 ดูแลประชาชน กับทีมบุคลากรการแพทย์ผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหมอคนที่ 2 และมีแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหมอคนที่ 3 จากสถานการณ์อัตราผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องของอำเภอแม่ทะมีแนวโน้มลดลง อำเภอแม่ทะ จึงได้ปรับรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการให้บริการลักษณะการตั้งรับโดยใช้สถานบริการเป็นฐานการทำงานซึ่งผู้ป่วยหลายรายมีปัญหาเรื่องการเข้าถึง ไม่สามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้บริการที่เน้นการตั้งรับทำให้หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 ไม่ทราบข้อมูลของพื้นที่ ทีม 3 หมอ อำเภอแม่ทะได้ปรับการให้บริการเป็นรายหมู่บ้านใช้ชุมชนเป็นฐานการทำงานแทนเพื่อให้เอื้อต่อกระบวนการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาบริการเภสัชกรรม ปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้ป่วยเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองและจัดการตนเองด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมถึงชุมชนมีความตระหนักรู้และพึ่งตนเองในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย โดยมุ่งเน้นให้เกิดการให้บริการเภสัชกรรมที่ตอบสนองหรือส่งเสริมให้เกิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ และเป็นบริการที่อยู่ใกล้บ้านใกล้ใจของประชาชน (คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ, 2560 แนวทางปฏิบัติเภสัชกรรมปฐมภูมิ, 2566) โดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ และศึกษาผลของการพัฒนา

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของ ทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิก่อนและหลังในด้านการเพิ่มการเข้าถึงการบริการ การแก้ไขปัญหาการใช้ยา การควบคุมโรค การลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความคาดหวังและระดับการรับรู้ต่อการบริการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

## วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยศึกษาสถานการณ์ลักษณะการดำเนินงานให้บริการเภสัชกรรมของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ จากนั้นพัฒนารูปแบบการบริการ การติดตามการบันทึกข้อมูล การได้รับยาและการใช้ยา การแก้ปัญหาและป้องกันปัญหาการใช้ยา รวมถึงวิธีการในการจัดเตรียมยารายบุคคลให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และประเมินผลการพัฒนา

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ข้อมูลจากสรุปผลการดำเนินงานบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2566 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับยาในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ ทั้ง 5 เครือข่าย จำนวน 6,204 คน และทีม 3 หมอ ผู้ให้บริการอันได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 120 คน

## การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนผู้รับบริการคำนวณจากประชากรทั้งหมด โดยใช้โปรแกรม G\*power version 3.1.9.7 กำหนดความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ ( $\alpha$  err prob) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test:  $1-\beta$  err prob) เท่ากับ 0.95 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.2 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 285 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 300 คน

ส่วนผู้ให้บริการ ผู้วิจัยใช้ทีม 3 หมอของ 14 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 95 หมู่บ้าน ตามที่เลือกได้จากขั้นตอนที่ 2 ของการสุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการจะประกอบด้วยแพทย์ 3 คน เภสัชกร 3 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน 14 คน และ อสม.เชี่ยวชาญด้านควบคุมโรคไม่ติดต่อ 14 คน รวม 34 คน

## วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกตัวอย่างผู้รับบริการจากผู้ป่วยที่รับบริการรักษาโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ทั้ง 5 เครือข่าย ปีงบประมาณ 2566 โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งพื้นที่ตามการจัดตั้ง NPCU เป็นทั้งหมด 5 เครือข่าย 14 หน่วยบริการ

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลรายหมู่บ้านจากทุกหน่วยบริการ โดยจับฉลากสุ่มชื่อหมู่บ้านเลือก แต่ละหน่วยบริการละ 1 ชื่อ รวม 14 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้านโดยการสุ่มตัวเลขจากเลขลำดับของผู้ป่วยในทะเบียนผู้รับบริการทั้ง 14 หมู่บ้านที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 โดยกระจายสัดส่วนตัวอย่างตามจำนวนผู้ป่วยของแต่ละหมู่บ้านจนครบจำนวนตัวอย่าง 300 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วม (Inclusion criteria) และ แยกออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์ การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria) สำหรับผู้รับบริการ

1. เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับยาในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ ภายในระยะเวลาที่ทำการวิจัย
2. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่สามารถสื่อสาร มองเห็น พูดคุยถามตอบได้มีความยินดีและยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจไม่ใช่เป็นการบังคับจากผู้หนึ่งผู้ใด

เกณฑ์การแยกออกจากรางานวิจัย (Exclusion criteria) สำหรับผู้รับบริการ

1. เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยออกจากอำเภอแม่ทะ

2. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจำเป็นต้องรักษาตัวและต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลภายในระยะเวลาที่ทำการวิจัย

3. เป็นผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการทำการวิจัย

4. เป็นผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria) สำหรับผู้ให้บริการ

1. เป็นผู้ให้บริการทีม 3 หมอของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอแม่ทะ

2. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้มีความยินดีและยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจไม่ใช่เป็นการบังคับจากผู้หนึ่งผู้ใด

เกณฑ์การแยกออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) สำหรับผู้ให้บริการ

1. เป็นทีม 3 หมอผู้ให้บริการที่ย้ายถิ่นที่อยู่ทำงานออกจากอำเภอแม่ทะ

2. เป็นผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

## เครื่องมือที่ใช้

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการและสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. แบบเก็บข้อมูลการแก้ไขปัญหาด้านยา

3. แบบเก็บข้อมูลมูลค่ายาสำรองคงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. แบบสอบถามที่ใช้วัดระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ มีลักษณะเป็น มาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ด้าน 26 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) เท่ากับ 0.667 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.76

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2564-กันยายน 2565 เป็นข้อมูลก่อนพัฒนา และข้อมูลในเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 เป็นข้อมูลหลังพัฒนา โดยเก็บข้อมูลการเข้ารับบริการ รายการยา ระดับสีความรุนแรงของโรค การแก้ไขปัญหาป้องกันปัญหาด้านยา จากแบบบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแบบเก็บข้อมูลการแก้ไขปัญหาด้านยา และใช้แบบเก็บข้อมูลมูลค่ายาสำรองคงคลังหน่วยบริการปฐมภูมิรวบรวมข้อมูลจากใบเบิกเวชภัณฑ์รายเดือนของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. เก็บรวบรวมผลการประเมินคุณภาพบริการโดยการส่งแบบสอบถาม ไปถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเอกสารกระดาษในกลุ่มผู้รับบริการ กรณีที่ผู้รับบริการอ่านหนังสือไม่ออกจะทำการอ่านให้ฟังและเลือกคำตอบแทน และใช้แบบสอบถามเป็น google form ในกลุ่มผู้ให้บริการ โดยดำเนินการในเดือน เมษายน 2567

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Content Analysis)

2. เปรียบเทียบคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ก่อนและหลังในด้านการเพิ่มการเข้าถึงการบริการ การแก้ไขปัญหาการใช้ยา การควบคุมโรค การลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการควบคุมโรคและจำนวนรายการยาก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังและระดับการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ด้วย Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

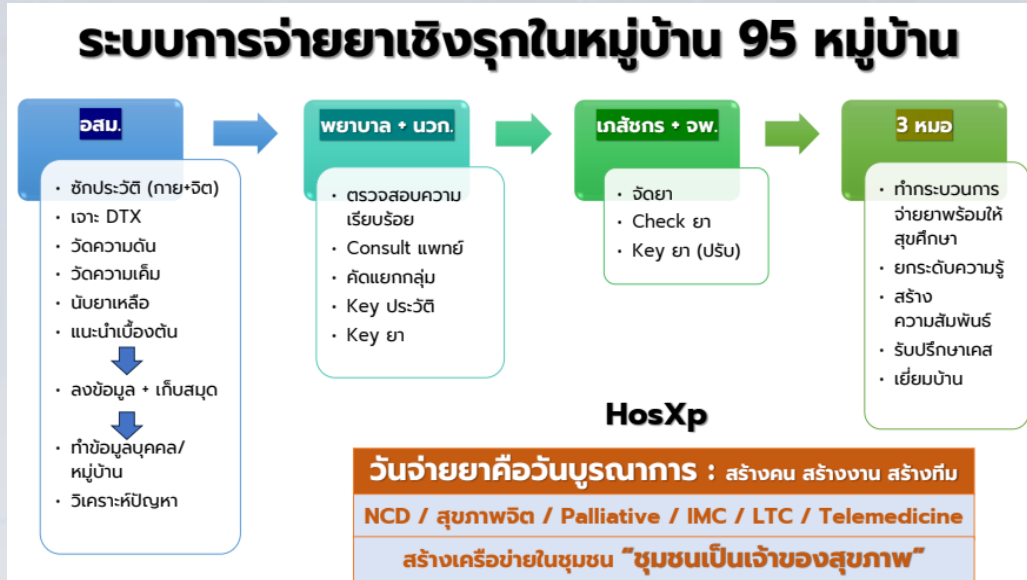
การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC009/67วันที่รับรอง 24 มกราคม 2567 หมดอายุ 23 มกราคม 2568

## ผลการศึกษา

1. การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นการปรับปรุงแบบการบริการจากเดิมที่ให้บริการในหน่วยบริการเป็นการจัดเตรียมยาส่วนบุคคลจากโรงพยาบาลเพียงจุดเดียวและเภสัชกรร่วมทีมออกดำเนินงานเชิงรุกร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ โดย อสม. หมอคนที่ 1 จะติดตามผู้ป่วย ชักประวัติ วัดความดัน เจาะเลือดปลายนิ้ว ทวนสอบวิธีใช้ยา นบยา แล้วรายงานข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมอคนที่ 2 เพื่อพิจารณาการรักษาและปรึกษา



ประจำทีมหมอครอบครัว หมอคนที่ 3 ดำเนินการส่งการรักษาก่อนวันนัดหมายจ่ายยาในหมู่บ้านประมาณ 5 - 7 วัน เพื่อให้กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่ทะ จัดเตรียมยารายบุคคลนำไปส่งมอบให้กับผู้ป่วยในวันนัด มีผังภาพแสดงขั้นตอนการให้บริการดังนี้



2. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ก่อนและหลังในด้านการเพิ่มการเข้าถึงการบริการ การแก้ไขปัญหาการใช้ยา การควบคุมโรค การลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการ

การพัฒนารูปแบบการบริการเป็นเชิงรุกในชุมชนแทนการตั้งรับในที่ตั้งหน่วยบริการ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างทั้ง 300 ราย สามารถเข้าถึงบริการ ได้รับการรักษาและรับยาต่อเนื่องตามนัดทุก 3 เดือน ร้อยละ 100 สูงกว่าข้อมูลเดิมในปีงบประมาณ 2565 ที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องเพียงร้อยละ 58.11 โดยพบว่าการมารับยาในวันนัดนั้น เป็นผู้ป่วยมารับเอง 169 ราย (ร้อยละ 56.33) เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมารับ 77 ราย (ร้อยละ 25.67) เป็น อสม.รับแทน 54 ราย (ร้อยละ 18.00)

ผลการแก้ไขและป้องกันปัญหาการใช้ยา จากเดิมที่ไม่มีระบบในการติดตามปัญหาการใช้ยา ได้พัฒนาแบบบันทึกเพื่อใช้ติดตามข้อมูลการได้รับยาและการใช้ยา และแบบเก็บข้อมูลการแก้ไขปัญหาด้านยา พบปัญหาการใช้ยา 25 ราย (ร้อยละ 8.33) เป็นปัญหาที่มีสาเหตุจากตัวของผู้ป่วยมากที่สุด โดยพบผู้ป่วยเก็บรักษายาไม่เหมาะสม 9 ราย (ร้อยละ 36) ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 3 ราย (ร้อยละ 12) ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง 3 ราย (ร้อยละ 12) ผู้ป่วยใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นที่ไม่จำเป็น 3 ราย (ร้อยละ 12) ผู้ป่วยใช้ยาหรือบริหารยาผิด

วิธี 4 ราย (ร้อยละ 16) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2 ราย (ร้อยละ 8) การสั่งใช้ยาเลือกขนาดยาไม่เหมาะสม 1 ราย (ร้อยละ 4) วิธีการแก้ไข คือ ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา โดยวาจาแก่ผู้ป่วย แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งใช้ยาโดยเสนอต่อผู้สั่งใช้ยาและผู้สั่งใช้ยาตอบรับข้อเสนอ

ส่วนผลของการควบคุมโรคพิจารณาจากระดับความรุนแรงของโรคตามระบบป้องกัน 7 สีของผู้ป่วย โดยการศึกษาที่แบ่งระดับจากการให้ค่าสีเขียว-เหลือง-ส้ม-แดง-ดำ เป็น 5-4-3-2-1 พบว่าหลังการพัฒนาแบบบริการ ผู้ป่วยมีระดับสีความรุนแรงของโรคคงเดิม 287 ราย (ร้อยละ 95.66) สามารถลดระดับสีความรุนแรงของโรค 11 ราย (ร้อยละ 3.67) ระดับสีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 2 ราย (ร้อยละ 0.67) โดยจำนวนรายการยาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษา มีจำนวนรายการยาไม่เปลี่ยนแปลง 271 ราย (ร้อยละ 90.33) มีจำนวนรายการยาลดลง 14 ราย (ร้อยละ 4.67) มีจำนวนรายการยาเพิ่มขึ้น 15 ราย (ร้อยละ 5) เปรียบเทียบความแตกต่างการควบคุมระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย และจำนวนรายการยา ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โดยใช้ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test พบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลังการพัฒนาดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่มีความแตกต่างของจำนวนรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรค (ตารางที่ 1)

## ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างการควบคุมระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย และจำนวนรายการยา ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โดยใช้ Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

	n	Z	p-value
ค่าระดับสีความรุนแรงของโรคก่อนพัฒนา - ค่าระดับสีความรุนแรงของโรคหลังพัฒนา	300	-2.496 <sup>a</sup>	0.013
จำนวนรายการยาที่ได้รับก่อนพัฒนา- จำนวนรายการยาที่ได้รับหลังพัฒนา	300	-0.168 <sup>a</sup>	0.866

a: based on positive ranks

การปรับรูปแบบบริการจัดเตรียมยารายบุคคลจากโรงพยาบาลเพียงจุดเดียวสามารถลดมูลค่าคงคลังสำรอง ณ สิ้นเดือน ของกลุ่มรายการยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมมูลค่าเฉลี่ย 165,314 บาทต่อเดือน

3.ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการต่อการพัฒนารูปแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ผลการประเมินคุณภาพของบริการ (Service Quality Model) ด้วยเครื่องมือ SERVQUAL โดยการกระจายแบบสอบถามจำนวน 334 ฉบับ ตอบกลับและมีข้อมูลสมบูรณ์ 334 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ตั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 241 คน (ร้อยละ 72.16) อายุเฉลี่ย 61±11 ปี พบว่าการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นการบริการที่มีคุณภาพ ไม่มีการบริการในด้านใดที่การรับรู้คุณภาพบริการต่ำกว่าความคาดหวังอันจัดเป็นบริการที่มีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวัง ด้านความปลอดภัย/การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการมากที่สุด (4.57±0.62) และด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการน้อยที่สุด (4.44±0.70) ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มากที่สุด (4.70±0.55) และด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการน้อยที่สุด (4.56±0.58) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังมากที่สุดคือ ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย (4.63±0.62) และความคาดหวังน้อยที่สุดคือ ความสะอาดโดยรวมของสถานที่ให้บริการ (4.28±0.85) ข้อคำถามที่มีระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้มากที่สุด คือ ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการให้บริการ (4.71±0.59) และการรับรู้น้อยที่สุดคือ เภสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ (4.44±0.75) (ตารางที่ 2)

## ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการต่อการพัฒนารูปแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยใช้ Paired t-test

คุณภาพบริการ	ความคาดหวัง	การรับรู้	คุณภาพบริการ	p-value
	(Expectation,E)	(Perception,P)	(P-E)	
	Mean± SD	Mean± SD	Mean± SD	
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	4.44±0.70	4.56±0.58	0.15±0.47	<0.001
1. ความสะอาดโดยรวมของสถานที่ให้บริการ	4.28±0.85	4.49±0.72	0.21±0.61	<0.001
2. ไม่มีความแออัดบริเวณจุดให้บริการ	4.38±0.85	4.52±0.71	0.15±0.64	<0.001
3. สถานที่ให้บริการ เหมาะสมชัดเจน เข้าถึงได้ง่าย	4.50±0.75	4.61±0.67	0.11±0.50	<0.001

# วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

คุณภาพบริการ	ความคาดหวัง (Expectation,E) Mean± SD	การรับรู้ (Perception,P) Mean± SD	คุณภาพบริการ (P-E) Mean± SD	p-value
4. มีเภสัชกรให้บริการจ่ายยาสม่ำเสมอ	4.47±0.77	4.61±0.63	0.14±0.59	<0.001
5. มีเภสัชกรติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ	4.29±0.93	4.46±0.78	0.17±0.65	<0.001
6. การแต่งกายของเภสัชกรมีความเหมาะสม	4.54±0.73	4.67±0.59	0.12±0.53	<0.001
ความน่าเชื่อถือไว้ใจได้	4.53±0.70	4.65±0.54	0.13±0.46	<0.001
1. เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลสุขภาพได้	4.55±0.75	4.67±0.60	0.13±0.50	<0.001
2. เภสัชกรให้คำปรึกษาในเรื่องการใช้ยาได้	4.54±0.75	4.69±0.60	0.14±0.49	<0.001
3. เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือไว้ใจได้	4.54±0.78	4.70±0.57	0.17±0.58	<0.001
4. มีช่องทางสื่อสารของเภสัชกรที่สามารถติดต่อได้	4.43±0.82	4.54±0.71	0.12±0.60	<0.001
5. ท่านได้รับยาที่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง	4.58±0.74	4.70±0.60	0.12±0.53	<0.001
6. เภสัชกรให้บริการตรงเวลานัดหมาย	4.53±0.80	4.62±0.66	0.09±0.60	0.007
ด้านการตอบสนองต่อลูกค้า	4.54±0.67	4.70±0.55	0.12±0.41	<0.001
1. เภสัชกรมีความพร้อมในการให้บริการ	4.55±0.72	4.66±0.65	0.11±0.50	<0.001
2. เภสัชกรเต็มใจให้บริการ	4.57±0.72	4.68±0.59	0.11±0.50	<0.001
3. เภสัชกรมีการสื่อสารที่ดี	4.57±0.71	4.68±0.59	0.11±0.48	<0.001
4. เภสัชกรตอบคำถามได้ชัดเจน	4.54±0.73	4.70±0.58	0.16±0.46	<0.001
5. เภสัชกร หน้าที่ ทำทางที่ยิ้มแย้ม ต้อนรับอย่างดี	4.58±0.71	4.69±0.59	0.11±0.49	<0.001
6. ระยะเวลาในการเข้ารับบริการไม่นานเกินไป	4.39±0.80	4.54±0.70	0.15±0.63	<0.001
ด้านความปลอดภัย/การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ	4.57±0.62	4.66±0.56	0.09±0.44	<0.001
1. ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย	4.63±0.62	4.69±0.60	0.06±0.50	0.039
2. เภสัชกรรักษาความลับผู้ป่วย	4.55±0.70	4.64±0.61	0.09±0.53	0.002
3. เภสัชกรมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อโรคเหมาะสม	4.48±0.73	4.60±0.64	0.13±0.49	<0.001
4. ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการให้บริการ	4.61±0.70	4.71±0.59	0.10±0.45	<0.001
ด้านความเข้าใจลูกค้า	4.48±0.71	4.59±0.58	0.11±0.46	<0.001
1. เภสัชกรมีความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย	4.57±0.71	4.65±0.63	0.08±0.52	0.004
2. เภสัชกรพยายามทำความรู้จักผู้ป่วย	4.54±0.75	4.63±0.60	0.09±0.52	0.001
3. เภสัชกรสามารถจำชื่อผู้ป่วยได้	4.31±0.88	4.44±0.75	0.13±0.57	<0.001
4. เภสัชกรมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย	4.51±0.76	4.65±0.63	0.13±0.52	<0.001
ภาพรวม	4.50±0.63	4.63±0.52	0.12±0.37	<0.001

ในส่วนข้อคำถามการตัดสินใจเลือกรูปแบบที่จะให้บริการในกรณีที่ท่านสามารถเลือกการเข้ารับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ท่านจะเลือกรับบริการในรูปแบบใด พบว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกรับบริการ ที่จุดบริการในหมู่บ้าน 283 ราย (ร้อยละ 84.73) รับบริการที่โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. 51 ราย (ร้อยละ 15.27)

## อภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของ ทีม 3 หมอ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในรูปแบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชนแทนการตั้งรับในที่ตั้งหน่วยบริการ โดยพัฒนา อสม. หมอคนที่ 1 ให้มีบทบาทดำเนินการ เป็นรูปแบบการพัฒนางานปฐมภูมิตามนโยบายตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่คนไทยทุกคนรอบคร้วมีหมอประจำตัว 3 คน เป็นการจับทีมร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเชื่อมโยงกันทั้งทีม ส่งผลให้ประชาชนลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการรักษาและรับยาต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายและความพิการที่เพิ่มขึ้นต่อไป การพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจึงเป็นอีกหนึ่งรูปแบบที่สามารถใช้ในการปรับปรุงบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากการศึกษาสถานการณ์ที่แสดงผลค่าเฉลี่ยการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิมียกระดับคะแนนน้อยที่สุด และอยากให้ปรับปรุงบริการของทีม 3 หมอ (เพ็ญญา ศรีหิรัญ และคณะ , 2566)

การเปรียบเทียบคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิก่อนและหลังพัฒนา ในด้านการเพิ่มการเข้าถึงการบริการ จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการและรับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 100 แตกต่างจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2565 ที่อำเภอแม่ทะมีร้อยละของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่องที่ NPCU เพียง 64.89, 60.52, 58.11 ตามลำดับ ในด้านการแก้ไขป้องกันปัญหาการใช้ยา จากการพัฒนาแบบบันทึกติดตามการใช้ยาสามารถแก้ไขปัญหาด้านยาที่เกิดจากผู้ป่วย 24 ราย และป้องกันปัญหาการใช้ยาจากผู้สั่งจ่ายยา 1 ราย สามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้วางแผนงานในการป้องกันปัญหาการใช้ยาต่อไป ในด้านผลของการควบคุมโรคโดยพิจารณาแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามระบบป้องกัน 7 สีสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าสัญลักษณ์ป้องกัน 7 สีเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในระดับปฏิบัติการ โดยใช้สีที่

ประชาชนคุ้นเคยนำมาจัดเรียงตามลำดับความรุนแรงของโรคเป็นเครื่องมือที่สื่อสารแล้วเข้าใจง่าย สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคได้ (วิชัย เทียนถาวร, 2560) ทั้งนี้ผลจากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.013$ ) โดยไม่มีความแตกต่างของจำนวนรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรคก่อนและหลังการพัฒนา ( $p=0.866$ ) ด้านการลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการปรับรูปแบบโดยจัดยาจากโรงพยาบาลเพียงจุดเดียวสามารถลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิตามมูลค่าเฉลี่ย 165,314 บาทต่อเดือน ทำให้ลดมูลค่าการจัดซื้อยาประหยัดงบประมาณได้ส่วนหนึ่ง

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความคาดหวังและการรับรู้ต่อคุณภาพบริการต่อการพัฒนารูปแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ในเขตพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า ความคาดหวัง (Expected Service) และการรับรู้ (Perceived Service) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าความคาดหวังในทุกๆ ด้านของการบริการ สามารถแปลผลได้ว่าคุณภาพบริการอยู่ในระดับดี หรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ในรูปแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ ผลจากการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ความคาดหวังมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้ในทุกๆ ด้านของการบริการ (สุนันทา ยอดแฉกร , 2551 ปัทสรา วรรณทอง และบุรินทร์ ต.ศรีวงษ์ , 2561 ทรงวุฒิ สารจันทิก , 2564) โดยในการศึกษาอื่น ๆ นั้นเป็นการประเมินคุณภาพบริการที่จัดในหน่วยบริการ แสดงว่าการใช้ชุมชนเป็นฐานการทำงานให้คุณภาพบริการที่ดีมีการรับรู้ได้มากกว่าความคาดหวัง โดยคุณภาพบริการที่มีระดับการรับรู้เกินกว่าความคาดหวังน้อยควรจะได้นำมา ปรับปรุง พัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิให้ดีขึ้น คือ การสร้างความเชื่อมั่นว่ายาที่ได้รับมีมาตรฐานและปลอดภัย การสร้างความเจตคติของเภสัชกรในการแสดงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วย และพยายามทำความเข้าใจผู้ป่วย

## สรุปผล

การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการดำเนินงานของทีม 3 หมอ โดยปรับรูปแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน

การทำงาน พัฒนาศักยภาพ อสม.หมอคนที่ 1 ให้สามารถชักชวน ประวัติ วัดความดัน เจาะเลือด ในหมู่บ้านแล้วนำข้อมูลมาแปลผล สั่งการรักษา โดยหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 จัดเตรียมยา รายบุคคลที่หน่วยบริการ แล้วเภสัชกรนำยาที่จัดเตรียม รายบุคคลไปจ่ายยาในหมู่บ้านร่วมกับทีม 3 หมอ เป็นรูปแบบที่ เพิ่มการเข้าถึงการบริการผู้ป่วยเข้าถึงได้สะดวกสามารถรับการ รักษาได้รับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้ผลการรักษาที่ดีสามารถ ควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้โดยไม่มี ความแตกต่างของ จำนวนรายการยาที่ใช้ในการรักษาโรคก่อนและหลังการพัฒนา สามารถลดมูลค่ายาสำรองคงคลังในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเป็นบริการที่มีคุณภาพ

## ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชน เป็นฐานรวมกับการ ดำเนินงานของทีม 3 หมอ เป็นรูปแบบที่ส่งผลในการรักษาที่ดี และเป็นบริการที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้สะดวก ประหยัดค่าเดินทาง อสม.หมอคนที่ 1 มีบทบาทและพัฒนา

## เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ.2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. (2562, 30 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก. หน้า 165 – 185 .
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ทีมหมอครอบครัว (Family care team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- คณะทำงานจัดทำคู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. (2560). คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . (2566). แนวทางปฏิบัติเภสัชกรรมปฐมภูมิ . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เพ็ญญา ศรีหิรัญ และคณะ. (2566). การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ,17(3), 388-408
- วิชัย เทียนถาวร. (2560). ระบบและผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทยด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี. พิมพ์ครั้งที่ 8 . พะเยา : พิมพ์ดี เซ็นเตอร์ พลัส.
- สุนันทา ยอดเณร. (2551). การประเมินคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับ การรับรู้ของผู้รับบริการงานเภสัชกรรมในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร. [ปริญญาานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปัทมรา วรรณทอง และบุรินทร์ ต.ศรีวิงษ์. (2561). การประเมินคุณภาพบริการเภสัชกรรมใน โรงพยาบาลรัฐบาลประเทศไทย. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม. [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail&subpage= article\\_detail&id=471](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage= article_detail&id=471).
- ทรงวุฒิ สารจันทิก.(2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี. [ปริญญาานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ศักยภาพในการทำงานได้เป็นอย่างดี เป็นอีกหนึ่งรูปแบบที่สามารถใช้ในการปรับปรุงบริการสุขภาพปฐมภูมิ แต่ก่อให้เกิดภาระ ค่าใช้จ่ายการจัดบริการในสวนของหน่วยบริการเพิ่มขึ้น ทั้งในการประสานงาน การเดินทาง การส่งต่อข้อมูล รวมถึงการปรับทัศนคติของทีมในการปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชนแทนการตั้งรับในหน่วยบริการ ควรจะได้มีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับสร้างแรงจูงใจการจัดบริการปฐมภูมิในชุมชน เช่นเดียวกับการให้บริการจัดส่งยาถึงบ้านและการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

การศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกตัวอย่างเพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้รับเป็นภาพรวมในการประเมินคุณภาพบริการ ไม่ได้แยกหรือทำการเปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างของผลการประเมินคุณภาพบริการระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รวมถึงความแตกต่างของพื้นที่ให้บริการ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งอาจมีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการได้ จึงควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ในตัวแปรต่างๆ รวมถึงการศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สำหรับการจัดบริการในรูปแบบนี้ต่อไป

**ปัจจัยทำนายภาวะเมตาบอลิกซินโดรมบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์**  
**Prediction Factors of Metabolic Syndrome among Personnel**  
**In Sawanpracharak Hospital.**

**บุญเรือน แก้วบังเกิด**  
**Boonruan Kaewbangkerd**  
**โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์**  
**Sawanpracharak Hospital**

Received: 22 Oct, 2024    Revised: 21 Dec ,2024    Accepted: 23 Dec ,2024

**บทคัดย่อ**

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคนทั่วโลก โดยเฉพาะบุคลากรโรงพยาบาลซึ่งต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สูงขึ้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ เมตาบอลิกซินโดรมในบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ผลการวิจัย บุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพกับกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มงาน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1,285 คน พบความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมร้อยละ 29.81 (383คน) เพศชาย ร้อยละ 26.63 (102คน) เพศหญิง ร้อยละ 73.37 (281คน) ปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ วิเคราะห์แบบพหุตัวแปร ได้แก่ เพศชาย (OR = 1.17, 95% CI: 1.19-2.53, p 0.004) อายุ  $\geq$  49 ปี (OR = 1.81, 95% CI: 1.33-2.48, < 0.001) ดัชนีมวลกาย  $\geq$  23kg/m<sup>2</sup> (OR = 5.39, 95% CI: 1.25-23.26, p 0.024) การสูบบุหรี่ (OR = 2.97, 95% CI: 1.36-6.52, p < 0.006 และออกกำลังกาย < 3 วัน/สัปดาห์ (OR = 1.55, 95% CI: (1.12-2.14, p 0.007) นำปัจจัยเสี่ยงมาแปลงเป็นคะแนน พบจุดตัดคะแนน  $\geq$  40 เพิ่มความเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในบุคลากรโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

**คำสำคัญ :** เมตาบอลิกซินโดรม, ปัจจัยทำนาย, บุคลากรโรงพยาบาล

**Abstract**

Metabolic Syndrome (MetS) represents a significant global health challenge, particularly among hospital personnel, who are exposed to elevated health risks. This study aimed to identify the predictors of MetS among healthcare workers at Sawanpracharak Hospital.

The research involved 1,285 hospital personnel aged  $\geq$  35 years, who underwent occupational health assessments and completed health behavior questionnaires during fiscal year 2023. The findings revealed a MetS prevalence of 29.81% (383 personnel), with 26.63% (102 personnel) among men and 73.37% (281 personnel) among women. Statistically significant predictors identified through multivariable analysis further identified male gender (OR = 1.17, 95% CI: 1.19-2.53, p = 0.004), age  $\geq$  49 years (OR = 1.81, 95% CI: 1.33-2.48, p < 0.001), BMI  $\geq$  23 kg/m<sup>2</sup> (OR = 5.39, 95% CI: 1.25-23.26, p = 0.024), smoking (OR = 2.97, 95% CI: 1.36-6.52, p = 0.006), and physical activity less than three days per week (OR = 1.55, 95% CI: 1.12-2.14, p = 0.007) as significant predictors. A risk score was developed, and a cutoff score of  $\geq$  40 was associated with an increased risk of MetS.

These findings underscore the importance of promoting healthy behaviors among hospital staff, particularly weight control, smoking cessation, and regular physical activity, to mitigate the risk of developing MetS.

**Keywords:** Metabolic Syndrome, Prediction factors, Hospital personnel

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลก เป็นสาเหตุสำคัญต่อการป่วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 7 ใน 10 อันดับแรกในปี 2564 เป็นโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 38 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO,2021) ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะอ้วน (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) ปี 2563, 2564 และ 2565 (WHO, 2020-2022) ร้อยละ 43.8, 44.7 และ 45.6 (HDC-Dashboard, 2563-2565) เขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 37.94, 39.17 และ 38.99 จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 42.83, 43.48 และ 43.73 ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หรือภาวะอ้วนลงพุงหรือ Syndrome X (Meigs,2023) สามารถพบได้ทั้งในคนอ้วน และคนที่น้ำหนักปกติหรือไม่อ้วน (Rosenzweig et al.,2019) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม คือการอ้วนลงพุง (Central Obesity) ซึ่งเป็นการสะสมไขมันในช่องท้อง (Mantzoros,2024)ไขมันเหล่านี้ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินจากร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนอดิโปเนคติน (Adiponectin) ลดลง (Saklayen,2018) ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับ Triglycerideสูง ระดับไขมัน HDL ต่ำ (วัฒน์,2562) เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรม การรับประทาน อาหารไม่สมดุล ชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม เคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีภาวะเครียด (Sherling et al.,2017) ข้อมูลจากงานวิจัยพบผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อ จะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 2 เท่า และพบว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 4 ข้อ จะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 3 เท่า และเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 24 เท่า (งานบริการเทคนิคการแพทย์ชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล,2566)

งานวิจัยนี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของ The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) 2005

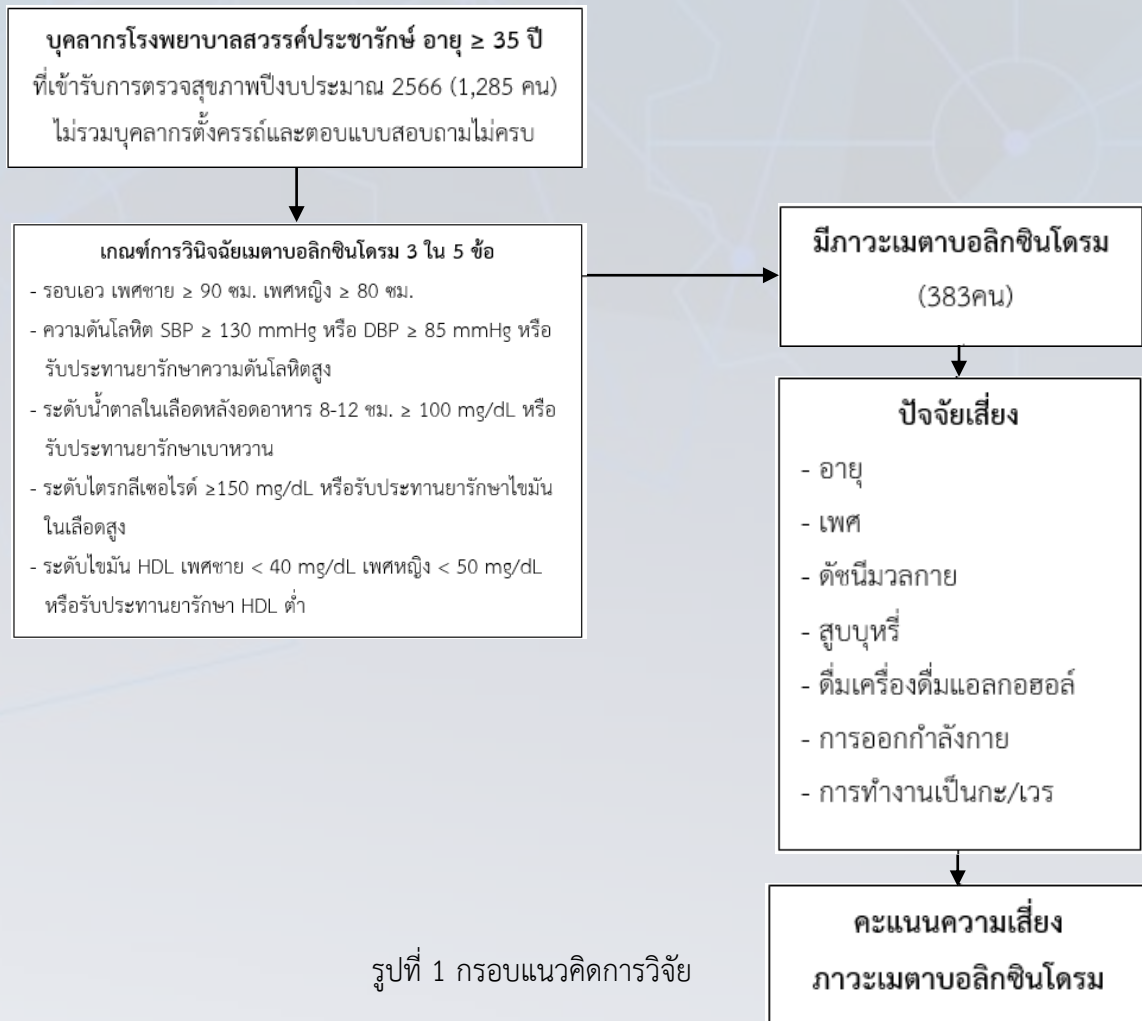
โดยต้องเข้าเกณฑ์วินิจฉัย 3 ใน 5 ข้อขึ้นไป ประกอบด้วย เส้นรอบเอว เพศชาย  $\geq 90$  ซม. เพศหญิง  $\geq 80$  ซม. SBP  $\geq 130$  mmHg หรือ DBP  $\geq 85$  mmHg หรือ รับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่ FPG  $\geq 100$  mg/dL หรือรับประทานยารักษาอยู่ TG  $\geq 150$  mg/dL หรือรับประทานยารักษาอยู่ HDL เพศชาย  $< 40$  mg/dL เพศหญิง  $< 50$  mg/dL หรือ รับประทานยารักษาอยู่ (Sakboonyarat et al.,2022) จากการทบทวนสถิติภาวะเมตาบอลิกซินโดรมบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 ร้อยละ 26.60, 26.81 และ 29.81 ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี ผลการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ผ่านมา ยังไม่มีการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีเพียงการรายงานผล BMI ในแต่ละระดับ และการรายงานกลุ่มเสี่ยงโรคและกลุ่มป่วย ทั้งนี้เพื่อนำปัจจัยทำนาย มาใช้ในการประเมินภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ได้ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ โดยไม่ต้องใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือรอเข้ารับ การตรวจสุขภาพประจำปี

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และคะแนน ทำนายการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในบุคลากร โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

## รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบ Prognostic factors research, retrospective observational cross-sectional design โดยรวบรวม ข้อมูลจากโปรแกรมการรายงานผล และข้อมูลจากการตอบ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม ในบุคลากรอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 ไม่ตั้งครุภัณฑ์เข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรม



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง นำข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มที่เป็นและไม่เป็นเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มละ 10 คน คัดเลือกจากตัวแปรเพศซึ่งมีจำนวนร้อยละมากที่สุด ใช้การทดสอบ two-sided ระดับ significance = 0.05 power = 0.80 กำหนดให้ ratio กลุ่มที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมต่อกลุ่มไม่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม = 1:3 (จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี) ต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อย่างน้อย 247 ราย เนื่องจากเป็นข้อมูลการศึกษาเชิงสังเกตการณ์ที่ใช้ existing database ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลเจ้าหน้าที่ทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจำนวน 383 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตั้งฐานข้อมูลมาจากโปรแกรมรายงานผลตรวจสุขภาพใน Hos-xp และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้อีกกับเกณฑ์วินิจฉัย

เมตาบอลิกซินโดรม 3 ใน 5 ข้อ ของ NCEP ATP III 2005 (ตามรูปที่ 1)

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงแต่ละตัวแปรและแบบพหุตัวแปรด้วย Multiple odds ratio regression นำปัจจัยเสี่ยงแปลงเป็น score หาจุดตัดที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Metabolicsyndrome ด้วย bta2score และ สร้างกราฟด้วย two-way graph

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ COE.55/2567 วันที่ 2 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 1 กันยายน 2568 บันทึกข้อมูลที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยเมตาบอลิกซินโดรม โดยไม่บันทึก HN และชื่อ-สกุลบุคลากร



## ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมแยกตามเพศ

ตัวแปร	เพศชาย (N=102)	เพศหญิง (N=281)	Difference and 95% confidence interval
	Mean (SD)	Mean (SD)	
อายุ (ปี)	46.7(7.8)	45.9(7.0)	0.8(-2.1, -1.2)
น้ำหนัก (กก.)	83.1(15.4)	71.5(13.3)	11.6(10.1, 13.1)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	28.7(4.7)	28.8(4.6)	-0.1(-0.4, -2.4)
เส้นรอบเอว (ซม.)	98.6(11.2)	91.9(9.7)	6.7(5.7, 7.8)
สูบบุหรี่	0.2(0.4)	0(0)	0.2(0.1, 0)
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.3(0.5)	0.1(0.3)	0.2(0.2, 0.3)
การทำงานเป็นกะ/เวร	0.7(0.5)	0.8(0.4)	-0.1(-0.1, 0)
SBP	135.8(12.5)	132.7(14.3)	3.1(2.3, -2.3)
DBP	83.8(10.3)	79.8(11.4)	4.0(3.2, 4.6)
FPG	115.0(41.1)	106.3(31.2)	8.7(4.3, 13.1)
Triglyceride	213.7(138.6)	153.6(80.1)	60.1(42.3, 77.9)
HDL-cholesterol	44.3(9.6)	50.6(12.0)	-6.3(-6.8, -5.8)

จากตารางที่ 1 บุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการทำงานเป็นกะ/เวร ส่วนน้ำหนักและ เพศหญิง มีน้ำหนักน้อยกว่าเพศชาย แต่มีรอบเอวสูงกว่าเกณฑ์มากกว่าเพศชาย (11.9) ข้อมูลเฉลี่ย ผลเลือดอยู่ในเกณฑ์วินิจฉัย Pre-DM FPG อยู่ระหว่าง 100-125 mg/dL (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และ Pre-HT BP อยู่ระหว่าง 130/85 – 139/89 mmHg (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) Triglyceride เพศชายสูงกว่าเพศหญิง HDL ค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดีแต่มีบางส่วนต่ำกว่าเกณฑ์

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวและแบบพหุตัวแปร

ตัวแปร	Univariable			Multivariable		
	OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	p-value
เพศชาย	2.28	1.70-3.06	<0.001*	1.17	1.19-2.53	0.004*
อายุ ≥ 49 ปี	1.42	1.11-1.81	0.005*	2.16	1.33-2.48	<0.001*
BMI (kg/m <sup>2</sup> )						
18.5-22.9 (ปกติ)	1.58	0.36-6.85	0.541	1.38	0.31-6.06	0.671
23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	6.89	1.62-29.29	0.009*	5.39	1.25-23.26	0.024*
≥25.0 (อ้วนระดับ 1 ขึ้นไป)	28.12	6.77-116.86	<0.001*	24.16	5.73-101.84	<0.001*
สูบบุหรี่	3.87	2.04-7.33	<0.001*	2.97	1.36-6.52	0.006*
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.67	1.17-2.39	0.005*	0.93	0.61-1.43	0.740
ออกกำลังกาย < 3 วัน/สัปดาห์	1.46	1.11-1.92	0.006*	1.43	1.12-2.14	0.007*
การทำงานเป็นกะ/เวร	1.19	0.94-1.52	0.148	1.19	0.82-1.48	0.526
MetS score ≥ 40 คะแนน	9.36	7.01-12.51	<0.001*			

MetS: Metabolic Syndrome

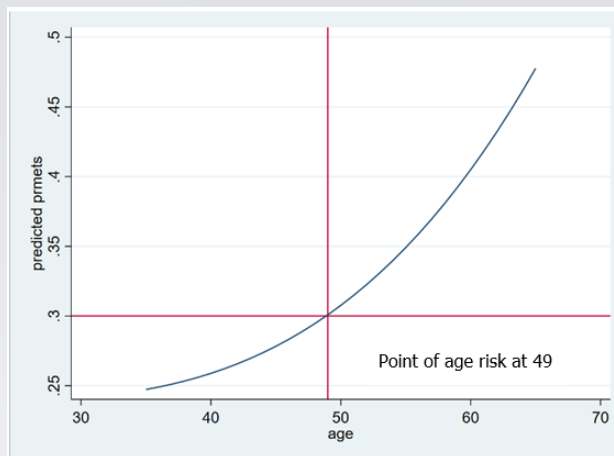
หมายเหตุ : ใช้ค่าดัชนีมวลกาย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ น้ำหนักเกินและอ้วน

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ได้แก่ เพศชาย อายุ  $\geq 49$  ปี BMI  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$  การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย  $< 3$  วัน/สัปดาห์ MetS score  $\geq 40$  คะแนน เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่สัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

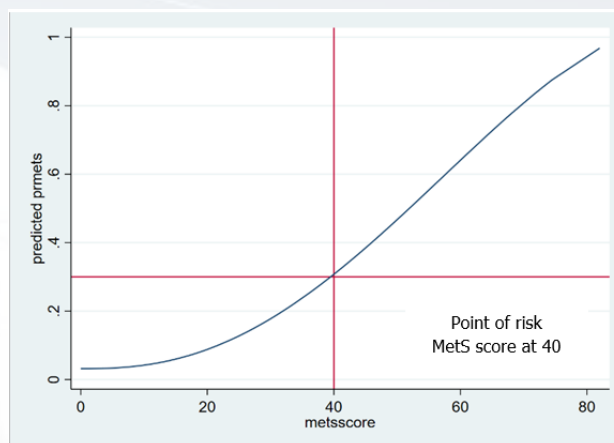
ตารางที่ 3 คะแนนปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (MetS score)

ปัจจัยเสี่ยง	MetS score
เพศชาย	7.5
อายุ $\geq 49$ ปี	8
BMI ( $\text{kg/m}^2$ ) 18.5-22.9	4.5
23.0-24.9	23.5
$\geq 25.0$	44
สูบบุหรี่	15
ออกกำลังกาย $< 3$ วัน/สัปดาห์	6

จากตารางที่ 3 เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดมาวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย (MetS score) เป็นคะแนน พบดัชนีมวลกาย  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  เป็นปัจจัยที่มีคะแนนสูงสุด รองลงไป ได้แก่ ดัชนีมวลกาย  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$  การสูบบุหรี่ อายุ  $\geq 49$  ปี เพศชายและการออกกำลังกาย  $< 3$  วัน/สัปดาห์



รูปที่ 2 เปรียบเทียบการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกับอายุ



รูปที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

จากรูป 2 และ 3 เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดมาวิเคราะห์แบบ logistic regression หาจุดตัด อายุกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม สร้างกราฟจุดตัดด้วย twoway fplot graph พบจุดตัดที่อายุ  $\geq 49$  ปี และจุดตัดคะแนนทำนายความเสี่ยงการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ 40 คะแนน (MetS score  $\geq 40$ ) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเพิ่มขึ้น

## อภิปรายผล

การศึกษานี้พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ในบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้แก่ เพศชาย อายุ  $\geq 49$  ปี ดัชนีมวลกาย  $\geq 23$  Kg/m<sup>2</sup> การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของไพบุรณ์ จัตกุล (2564) พบปัจจัยเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ความสอดคล้องในปัจจัยที่คล้ายกัน แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากความหลากหลายของประชากรที่ศึกษาหรือปัจจัยแวดล้อมเฉพาะของแต่ละพื้นที่ การศึกษาของ ศรีนรินทร์และคณะ (2564) พบปัจจัยเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายทหารแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี ได้แก่ เพศชาย อายุ  $> 35$  ปี ดัชนีมวลกาย  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup> ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และดื่มสุรา การศึกษาของ Yuenyongchawat และคณะ (2016) พบปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่มีอายุ  $> 55$  ปี ออกกำลังกายไม่เพียงพอ ดัชนีมวลกาย  $\geq 23$  Kg/m<sup>2</sup> ในชุมชนเมืองจังหวัดปทุมธานี ปัจจัยทำนายที่ค้นพบจากงานวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นได้โดยไม่ต้องอาศัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้สามารถประเมินได้ทุกครั้งที่ได้รับบริการ และช่วยให้ตรวจพบภาวะเสี่ยงได้เร็ว (Early detection) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการเพิ่มการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการงดสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ สอดคล้องกับบทความวิชาการของ ละอองดาว

คำซาดาและคณะ (2561) “โรคอ้วนลงพุง : สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ” การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รายใหม่ (Early protection) และช่วยให้สามารถเริ่มการรักษาได้เร็วขึ้น (Early treatment)

## สรุปผล

ผลการวิจัยนี้ พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ได้แก่ เพศชาย, อายุตั้งแต่ 49 ปี, BMI ตั้งแต่ 23 kg/m<sup>2</sup>, การสูบบุหรี่และออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ โดยมีคะแนนทำนายความเสี่ยงตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป นำมาใช้ประเมินภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในบุคลากรโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงเฉพาะ และมีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป การนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนานโยบาย และโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

## ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ควรมีการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในบุคลากรทุกครั้งที่เข้ารับบริการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาช่วยในการวิเคราะห์ เพื่อค้นหา ป้องกัน รักษาได้เร็วขึ้น โดยนำบุคลากรในกลุ่มเสี่ยงมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ และดูแลบุคลากรที่ป่วยให้สามารถควบคุมโรคได้ ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการนำข้อมูลเกี่ยวกับ กรรมพันธุ์ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และความเครียด เพื่อหาความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมได้ครอบคลุมมากขึ้น ควรศึกษาในกลุ่มประชากรในชุมชนเพิ่ม

## เอกสารอ้างอิง

- งานบริการเทคนิคการแพทย์ชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล.โรคอ้วนลงพุงหรือ Metabolic syndrome. (2566). OCC MED NEWS ฉบับที่ 15/2566, <https://www.msdbangkok.go.th/infographic>
- ไพบุรณ์ จัตกุล. (2564). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(3), 273-280

- ละอองดาว คำซาตา, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, & อัมพรพรรณ ชีรานนุตร. (2561). โรคอ้วนลงพุง: สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ. ศรีนครินทร์เวชสาร, 33(4), 386-395
- วัฒนา ชยธวัช. (2562). การศึกษาภาคตัดขวางความชุกและปัจจัยกำหนดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในกลุ่มบุคลากรมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. การประชุมระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี 2562, <http://www.journal.nmc.ac.th>
- ศรินรัตน์ นิลภุมหาวิโชต, กาญจนา ปัญญาธร, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, ชลการ ทรงศรี.(2564) ภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายทหารแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ,2564; 29(1). 61-69
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ทริค อินค์. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน.(พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- Health Data Center. (2024). ความชุกของภาวะอ้วน (BMI  $\geq$  25 กก/ม<sup>2</sup> และ/หรือภาวะอ้วนลงพุง รอบเอวเกิน ชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม.), <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/report.php>
- Mantzoros, C. (2024). Insulin resistance: Definition and clinical spectrum. <https://uptodate.com>
- Meigs, J. B. (2023). Metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X). <https://uptodate.com>
- Rosenzweig, J. L., Bakris, G. L., Berglund, L. F., Hivert, M.-F., Horton, E. S., Kalyani, R. R., et al. (2019). Primary prevention of ASCVD and T2DM in patients at metabolic risk: An endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab, 104(9). <https://doi.org/10.1210/jc.2019-01338>
- Sakboonyarat, B., Rangsin, R., & Mittleman, M. A. (2022). Incidence and risk factors of metabolic syndrome among Royal Thai Army personnel. Scientific Reports, 2022 Sep 20;12 Article 15692. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-19024-8>
- Saklayen, M. G. (2018). The global epidemic of the metabolic syndrome. <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0812-z>
- Sherling, D. H., Perumareddi, P., & Hennekens, C. H. (Eds.). (2017). Metabolic syndrome: Clinical and policy implications of the new silent killer. Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics, 2017 Vol.1 22(4). <https://doi.org/10.1177/1074248416686187>
- World Health Organization. (2024). Prevalence of overweight among adults, BMI $\geq$ 25 kg/m<sup>2</sup>. [https://www.who.int/data/gho/data/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-greaterequal-25\(crude-estimate\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-greaterequal-25(crude-estimate))
- Yuenyongchaiwat, K., Pipatsitipong, D., & Sangprasert, P. (Eds.). (2016). The prevalence and risk factors of metabolic syndrome in a suburban community in Pathum Thani province, Thailand. Songklanakarin J Sci Technol, 39(6), 787-792

## การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ Development of a program to good sleep literacy by integrating the principles Lifestyle Medicine and Alternative Medicine among service recipients at Alternative medicine clinic of the Health Promotion Center 3, Nakhonsawan.

**นิตยา แซ่ลี และศิวพล สุวรรณบัณฑิต**  
Nittaya Saelee, Sivapol Suwanbundit  
**ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์**

Health Promotion Center Region 3 Nakhon Sawan

Received: 9 Oct ,2024 Revised: 27 Nov ,2024 Accepted: 27 Nov ,2024

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 –30 กันยายน 2567 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาวิถีชีวิต สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และข้อมูลวิถีชีวิต 6 ด้าน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี ระยะที่ 3 ประเมินผลของรูปแบบโปรแกรม ด้วยแบบประเมินวิถีชีวิต Lifestyle Assessment และแบบประเมินความรู้สุขภาพ ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.00 เพศชาย ร้อยละ 45.00 อายุเฉลี่ย 61.44±8.24 ปี คะแนนความรอบรู้รวมทั้ง 6 ด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทั้ง 6 ด้าน เท่ากับ 54.37±23.70 อยู่ในระดับไม่ดี หลังการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทั้ง 6 ด้านเท่ากับ 93.57±38.22 อยู่ในระดับดีมาก ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนประเมินวิถีชีวิต 6 ด้าน ก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 28.0 (IQR = 26.0, 37.0) อยู่ในระดับเท่ากับค่าเฉลี่ย หลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 43.0 (IQR = 36.0, 45.0) อยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (P-Value <0.001) ขอเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาให้หลากหลาย ให้เหมาะสมกับพื้นที่และขยายพื้นที่การเก็บข้อมูล ไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้การนอนหลับที่ดี, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, แพทย์ทางเลือก, แพทย์แผนไทย

### Abstract

This research and development study aimed to develop a program to enhance knowledge about good sleep practices, utilizing principles of lifestyle medicine and complementary medicine. The study was conducted among service users at the Alternative Medicine Clinic, Health Center 3, NakhonSawan, between July 1, 2024, and September 30, 2024. The study was divided into three phases: Phase 1: Investigated lifestyle, situations, health problems, and information across six lifestyle areas. Phase 2: Developed a program to enhance knowledge about good sleep practices. Phase 3: Evaluated the effectiveness of the program using a Lifestyle Assessment and a Health Literacy Assessment tool. The study sample consisted of 80 participants, with 55.00% females and 45.00% males, with a mean age of 61.44 (±8.24) years.

The overall health literacy score across all six areas was found to be 54.37 ( $\pm 23.70$ ), which was categorized as poor. After participating in the program, the average health literacy score across the six areas increased to 93.57 ( $\pm 38.22$ ), which was categorized as very good. The comparison of median lifestyle assessment scores across six areas revealed that before entering the program, the score was 28.0 (IQR = 26.0, 37.0), which was at an average level. After entering the program, the score improved to 43.0 (IQR = 36.0, 45.0), which was categorized as excellent. The difference was statistically significant at 0.05 (P-Value<0.01)

Recommendations: The researchers suggested continued development to enhance diversity and suitability for different regions, and to expand data collection to other areas in the future.

**Keywords:** Good sleep knowledge, Lifestyle medicine, Complementary medicine, Traditional Thai medicine.

## บทนำ

การนอนหลับที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมนุษย์ทุกคน การนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพสามารถช่วยฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ และช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน การเรียนรู้ของสมองและความจำได้เป็นอย่างดี (Walker, 2017) จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ.2563 พบว่าประชาชนไทยกว่า 19 ล้านคน มีปัญหาการนอนไม่หลับ ช่วงกลางคืนหรือหลับไม่พอ ร้อยละ 30-40 (กรมสุขภาพจิต, 2563) โดยปัญหาการนอนหลับที่พบบ่อยได้แก่ หยุดหายใจขณะหลับและการนอนหลับยาก (difficult sleeping) เนื่องจากการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเสื่อมประสิทธิภาพลง และมีการเปลี่ยนแปลงของการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การหลั่งฮอร์โมน และสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ และปัจจัยรบกวนที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ความเจ็บปวดของร่างกาย ความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพ (Rodriguez, J., 2015) ไม่รวมถึงการส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ผู้ที่นอนหลับไม่มีคุณภาพ นอนไม่หลับ เพิ่มโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้ 2 เท่า ซึ่งคุณภาพการนอนหลับที่ดีมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับและคุณภาพการนอนที่ดี ซึ่งการดูแลปัญหาการนอนไม่หลับสามารถดูแลได้หลากหลายวิธี เช่น การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาด้านการนอนหลับ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นแนวทางการแพทย์ที่เน้นการป้องกันและรักษาโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต ครอบคลุม 6 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การเลี้ยงสารเสพติด และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (Rippe, 2019) โดยการประยุกต์ใช้หลักการแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการแก้ไขปัญหาการนอนหลับเป็นการแก้ไขที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตโดยการใช้การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่มีความสนใจในการแก้ไขปัญหาการนอนหลับ โดยใช้หลักการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน และธรรมชาติบำบัด การรับประทานอาหารสมุนไพรที่ช่วยให้นอนหลับ การใช้ธรรมชาติบำบัด เช่น สุนัขบำบัด ดนตรีบำบัด กลิ่นบำบัดบูรณาการในการจัดการปัญหาด้านการนอนไม่หลับ เพื่อสร้างความรอบรู้และส่งเสริมการนอนหลับที่ดี (Yeung et al., 2012; Keawla และ Wiwanitkit, 2014)

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยมีคลินิกการแพทย์ทางเลือกที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน และธรรมชาติบำบัด อย่างไรก็ตามยังไม่มีโปรแกรมสำหรับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการนอนหลับที่ดีโดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือกซึ่งโปรแกรมดังกล่าวมีความสำคัญ

และจำเป็นอย่างยิ่งและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสร้างความรอบรู้โดยใช้ทฤษฎีสร้างความรู้ V-SHAPE 6 องค์ประกอบของกรมอนามัย (วิลล โรมา และคณะ, 2561) ประกอบด้วย การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การแลกเปลี่ยน การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อมาบูรณาการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่อง การนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและวิถีชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Egger et al., 2017) แนวคิดนี้สอดคล้องกับหลักการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Promotion)

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่อง การนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่อง การนอนหลับที่ดี โดยบูรณาการและใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และธรรมชาติบำบัด การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

(World Health Organization, 2009) เพื่อส่งเสริมคุณภาพ การนอนที่ดีของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ

## วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์และปัญหาสุขภาพด้านการนอน และ วิถีชีวิต 6 ด้าน ในผู้รับบริการคลินิกแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
2. พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่อง การนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก
3. ประเมินผลรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่อง การนอนหลับที่ดี

ระยะที่ 1 ศึกษา สถานการณ์ และ ปัญหาสุขภาพด้านการนอน และวิถีชีวิต 6 ด้าน

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ เรื่องการนอนหลับที่ดีโดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้าง ความรอบรู้เรื่อง การนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวช ศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก

- 1.1. ประเมินวิถีชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยแบบประเมิน Lifestyle Assessment เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ
- 1.2. วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

- 2.1. ทบทวนปัญหาจากผลการประเมินวิถีชีวิต
- 2.2. ทบทวนความรู้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2.3. ออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ เรื่อง การนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก
- 2.4. ทดลองใช้และประเมินความพึงพอใจ
- 2.5. ปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง

- 3.1. ประเมินวิถีชีวิตผู้รับบริการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่
  - 3.1.1. ด้านโภชนาการ
  - 3.1.2. ด้านกิจกรรมทางกาย
  - 3.1.3. ด้านการจัดการความเครียด
  - 3.1.4. ด้านการใช้สารเสพติด
  - 3.1.5. ด้านการนอนหลับ
  - 3.1.6. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
- 3.2. ประเมินระดับความรู้ V Shape 6 องค์ประกอบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่
  - 3.2.1. ทักษะการเข้าถึง
  - 3.2.2. ทักษะการเข้าใจ
  - 3.2.3. ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน
  - 3.2.4. ทักษะการตัดสินใจ
  - 3.2.5. ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
  - 3.2.6. ทักษะการบอกต่อ

## ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพด้านการนอน และวิถีชีวิต 6 ด้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้รับบริการอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567-15 กรกฎาคม 2567 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรม G\*Power version 3.1.9.4 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จาก conventions effect size Cohen (Cohen J, 1977) ในขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) ที่ 0.30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 9 คน รวมเป็น 80 คน เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี สม่ครใจ เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้

2.) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวออกจากงานวิจัยในครั้งนี้ ระหว่างการสอบถามข้อมูลหรือผู้รับบริการมีความรู้สึกไม่ยอมให้ข้อมูลเพิ่มเติม

3.) เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล สามารถออกจากความเป็นอาสาสมัครได้ทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย คำถาม 5 ข้อแบบเติมคำและเลือกตอบ ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุ ประวัติการเจ็บป่วยที่มาทำการรักษาในวันนี้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินวิถีชีวิต Lifestyle Assessment (สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง กรมอนามัย, 2565) ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ในการประเมินวิถีชีวิตใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหารและโภชนาการ

ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ด้านการนอนหลับ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี โดยแปลผลคะแนนวิถีชีวิตจากผลรวมคะแนนของทั้ง 6 ด้าน (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1.) ระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ผลรวมคะแนนของทั้ง 6 ด้าน อยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน

2.) ระดับเท่ากับค่าเฉลี่ย ผลรวมคะแนนของทั้ง 6 ด้าน อยู่ในช่วง 21 – 30 คะแนน

3.) ระดับดีมาก ผลรวมคะแนนของทั้ง 6 ด้าน อยู่ในช่วง 31 – 40 คะแนน

4.) ระดับดีเยี่ยม ผลรวมคะแนนของทั้ง 6 ด้าน อยู่ในช่วง 41 – 50 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่ตรงตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินวิถีชีวิต 6 ด้าน การตรวจสอบและบันทึกข้อมูลรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลเพื่อความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตด้วยสถิติเชิงพรรณนา แบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก

2.1 ทบทวนปัญหาจากผลการประเมินวิถีชีวิตและปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการ

2.2 ทบทวนความรู้ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีสร้างความรอบรู้ (V-shape) แนวคิดการประเมินวิถีชีวิต Lifestyle Assessment และหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก

2.3 ออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้ทฤษฎีสร้างความรอบรู้ (V-shape) และหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก



ตารางที่ 1 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี

V-Shape	กิจกรรม	เวลา	สื่อ/อุปกรณ์
1.การเข้าถึง	1.เรียนรู้ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ + การดูแลสุขภาพด้วย หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และแพทย์ทางเลือก ที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ	20 นาที	1. คอมพิวเตอร์ (คลิบ) 2. ภาพโปสเตอร์
2.การเข้าใจ	2. กิจกรรมถามตอบ คำถามเล่นเกมส์เกี่ยวกับนาฬิกาชีวภาพ	5 นาที	1. คอมพิวเตอร์ 2. แผ่นคำถาม
3.โต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อสงสัย	5 นาที	
4.ตัดสินใจ	4. ให้ตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยน และเสนอทางเลือกและให้ความรู้ด้านการนอนหลับที่ดี	5 นาที	1.แบบฟอร์มเป้าหมาย สัญญาใจ
5.ปรับเปลี่ยน	5. ดำเนินกิจกรรม/สรุปการบ้าน/ส่งต่อ	5 นาที	
6.บอกต่อ	6.ติดตามผล และเสนอแนวทางบอกต่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งและติดตามผลระยะเวลา 1 เดือนหลังเข้าโปรแกรม	-	
40 นาที/เคส/กลุ่ม			

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดีพัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักการที่มีรากฐานจากทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะทฤษฎีเสริมสร้างความรอบรู้ (V-shape) หลักเวชศาสตร์การใช้ชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ที่มาของเนื้อหาโปรแกรมนี้ใช้ทฤษฎี V-shape ซึ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ใน 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง การทำความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และนำไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน และนำหลักเวชศาสตร์การใช้ชีวิตมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงวิถีชีวิต เช่น การจัดการความเครียด การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย และการสร้างพฤติกรรมกรนอนหลับที่ดี โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพและการบูรณาการโปรแกรมการแพทย์ทางเลือก โดยเน้นเทคนิคการผ่อนคลาย การปรับสมดุลของร่างกายตามนาฬิกาชีวภาพ และการใช้วิธีที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมจัดการปัญหาการนอนหลับได้อย่างยั่งยืนโปรแกรมถูกออกแบบให้มีขั้นตอนที่ชัดเจนและกิจกรรมที่หลากหลาย โดยใช้เวลารวมประมาณ 40 นาที ครอบคลุม 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การเข้าถึง: เรียนรู้เกี่ยวกับทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพและการดูแลสุขภาพผ่านสื่อ เช่น คลิบวิดีโอและโปสเตอร์
2. การเข้าใจ: ทำกิจกรรมถาม-ตอบและเกมเพื่อสร้างความเข้าใจในหัวข้อที่เรียนรู้
3. การซักถามและแลกเปลี่ยน: เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมถามคำถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

4. การตัดสินใจ: สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลือกวิธีที่เหมาะสม

5. การปรับเปลี่ยน: มอบแบบฟอร์มเป้าหมายหรือสัญญาใจเพื่อช่วยกระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผนที่ตั้งไว้

6. การบอกต่อ: ติดตามผลผ่านการแลกเปลี่ยนในกลุ่มและสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลในชุมชน โดยมีการให้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดีโปรแกรม 1 ครั้ง และติดตามผลหลังใช้โปรแกรม 4 สัปดาห์

2.4 ทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก และประเมินความพึงพอใจ

**กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา** ผู้รับบริการอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มผู้รับบริการคลินิกแพทย์ทางเลือก (คลินิกเฉพาะโรค) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก เช่นเดียวกับระยะที่ 1 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ การประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของรูปแบบโปรแกรมและ การนำไปใช้ได้จริง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 กรกฎาคม 2567 – 31 กรกฎาคม 2567 เป็นการเก็บข้อมูลผู้รับบริการอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ที่มารับบริการคลินิกแพทย์ทางเลือก (คลินิกเฉพาะโรค) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** วิเคราะห์ข้อมูล การประเมินด้านความเหมาะสมของรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี ได้แก่ ประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของรูปแบบโปรแกรมและ การนำไปใช้ได้จริง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.5 ปรับปรุงรูปแบบโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง จากผลการประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของรูปแบบโปรแกรม และการนำไปใช้ได้จริง

### ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักวิทยาศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ผู้รับบริการอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567 – 30 กันยายน 2567 โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรม G\*Power version 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จาก conventions effect size Cohen (Cohen J, 1977) ในขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) ที่ 0.30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 9 คน รวมเป็น 80 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก เป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญหาการนอน ได้แก่ นอนไม่หลับ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านการนอนหลับ และเกณฑ์การคัดออกและเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา เช่นเดียวกับระยะที่ 1 และ 2

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย

1.แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก โดยแต่ละส่วนผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือ เพื่อให้มั่นใจว่ามีความเหมาะสมและสามารถใช้ประเมินข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างถูกต้อง ดังนี้:

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ เป็นคำถามแบบเติมคำและเลือกตอบ ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุ และประวัติการเจ็บป่วยในวันที่มาทำการรักษา แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความชัดเจนของ

คำถามจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำ เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างถูกต้อง

ส่วนที่ 2: แบบประเมินวิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) แบบประเมินนี้พัฒนาโดยกรมอนามัย (2565) ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้สารเสพติด ด้านการนอนหลับ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม โดยเน้นการประเมินพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และเมื่อนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างทดลอง (n=30) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.86 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดีมาก นอกจากนี้ ยังดำเนินการทดสอบความเที่ยงด้วยวิธี Test-Retest Reliability โดยใช้ช่วงเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 3: แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (V-Shape Model) แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam(2000) และแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพประชาชนไทย (วิมล โรมา, 2561) โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับการวัดความรู้ด้านการนอนหลับที่ดีตามหลักวิทยาศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านในสาขาสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก สำหรับการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างทดลอง (n=30) พบว่าค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) อยู่ที่ 0.91 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดีเยี่ยม นอกจากนี้ ยังดำเนินการทดสอบความเที่ยงในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ พบค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.88

### 2.โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักวิทยาศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 –30 กันยายน 2567 เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ โดยแบ่งเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรม และเก็บข้อมูลเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรม 1 เดือน โดยผู้วิจัยได้จัดการกับข้อมูลที่สูญหายอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความ

นำเชื่อถือสูงสุด เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน เพื่อประเมินความครบถ้วน หากพบข้อมูลที่สูญหายมากกว่าร้อยละ 5 ผู้วิจัยตัดสินใจไม่นำข้อมูลดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เพื่อรักษาความถูกต้องและความสมบูรณ์ของผลการศึกษา

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนาแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของวิถีชีวิต 6 ด้าน ด้วยสถิติเชิงอนุมาน กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Paired sample T-Test กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon Signed-rank Test

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขตสุขภาพที่ 10 เลขที่ ID-03-67-04-Fวันที่รับรอง 26 มิถุนายน 2567 และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ

## ผลการศึกษา

**ผลการศึกษาในระยะที่ 1** ศึกษาวิถีชีวิต สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ และข้อมูลวิถีชีวิต 6 ด้าน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.00 เพศชาย ร้อยละ 45.00 อายุเฉลี่ย 61.44+8.24 ปี อายุมากที่สุด 73 ปีอายุน้อยที่สุด 31 ปี ผลการประเมินวิถีชีวิตด้วยแบบประเมินวิถีชีวิต Lifestyle Assessment จำนวน 16 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ จะตื่นเช้ามาด้วยความรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ร้อยละ 76.67 มักมีอาการหลับๆตื่นๆ ร้อยละ 36.67 มีกิจกรรมส่งเสริม ฝึกจิตใจ ฝึกสมาธิ อย่างน้อย 2 ครั้ง (ทำสมาธิ สวดมนต์ เข้าโบสถ์) ร้อยละ 56.67 รู้สึกว่าโดยปกติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างดี ร้อยละ 91.67 สามารถรับฟังความเห็นต่างของผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.33 พุดคุยหรือ พบปะ กับเพื่อนสนิท คนในครอบครัว  $\geq 3$  ครั้ง ร้อยละ 88.33 สามารถรับฟังความเห็นต่างของผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.25 รู้สึกว่าโดยปกติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างดี ร้อยละ 62.50 พุดคุย หรือ พบปะ กับเพื่อนสนิท คนในครอบครัว  $\geq 3$  ครั้ง ร้อยละ 46.25 ซึ่งเมื่อทบทวนผลการประเมินวิถีชีวิต 6 ด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการนอน คือมีอาการหลับๆตื่นๆช่วงเวลาดึก ร้อยละ 62.50+0.49 และมีอาการตื่นขึ้นมาสดชื่น ร้อยละ 46.25+0.50

**ผลการศึกษาในระยะที่ 2** พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ได้รูปแบบโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ 1 โปรแกรม โดยหลังจากได้รูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก นำมาโปรแกรมมาทดลองใช้ในคลินิกแพทย์ทางเลือก (คลินิกเฉพาะโรค) ในผู้รับบริการอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่เคยเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 เพื่อให้เกิดความชัดเจนและตรวจสอบความถูกต้อง จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของรูปแบบโปรแกรม และดำเนินการปรับปรุงก่อนนำไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเนื้อหาการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด, ระดับมาก และระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 63.33, 26.67 และ 10.00 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านความเข้าใจในเนื้อหาการสอนเท่ากับ 4.53+ 0.681 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ผลการประเมินด้านความเหมาะสมของรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ในระดับมากที่สุด, ระดับมาก และระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 33.33, 56.67 และ 10.00 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านเหมาะสมของรูปแบบเท่ากับ 4.23+ 0.626 ซึ่งอยู่ในระดับดี ผลการประเมิน ด้านการนำไปใช้ได้จริง ในระดับมากที่สุด, ระดับมาก และระดับปานกลาง เท่ากับ 63.33, 26.67 และ 10.00 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านการนำไปใช้ได้จริงเท่ากับ 4.53+ 0.681 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก และผลการประเมินผู้สอนในระดับมากที่สุด, ระดับมาก และระดับปานกลาง เท่ากับ 33.33, 63.33 และ 3.33 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยผู้สอนเท่ากับ 4.30 + 0.535 ซึ่งอยู่ในระดับดี

หลังจากการประเมินมีการปรับรูปแบบการโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ตามคำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ การพัฒนาสื่อให้ความรู้ที่เห็นภาพชัดเจน การใช้วิดีโอเพื่อเป็นสื่อการสอนเพิ่มเติม เพื่อความเข้าใจ การเลือกความหลากหลายด้านอาหารพื้นบ้านในการจัดทำสื่อให้ความรอบรู้ในโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้เข้าร่วมโปรแกรม การเพิ่มองค์ความรู้ใหม่ทันสถานการณ์ และสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยผู้วิจัยทำการรวบรวมและจัดประชุมทีมวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมและการจัดบริการตามคำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผลการศึกษาระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการคลินิกแพทย์ทางเลือกที่มีปัญหาการนอนหลับ

ประเมินผลคะแนนความรอบรู้ 6 ด้าน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดีโดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์ทางเลือก ดังตารางที่ 2 และผลการเปรียบเทียบคะแนนประเมินวิถีชีวิต 6 ด้าน ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 2 ผลการประเมินความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n=80)

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนใช้เข้าโปรแกรม (n=80)			หลังการใช้โปรแกรม (n=80)			t	P-Value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ด้านการเข้าถึง	61.63	26.05	พอใช้	94.06	38.33	ดีมาก	6.26	<0.001* <sup>[a]</sup>
ด้านการเข้าใจ	60.83	25.63	พอใช้	95.08	38.59	ดีมาก	6.61	<0.001* <sup>[a]</sup>
ด้านการซักถาม แลกเปลี่ยน	53.25	22.85	ไม่ตี	94.50	38.46	ดีมาก	8.25	<0.001* <sup>[a]</sup>
ด้านการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	49.25	23.01	ไม่ตี	92.25	37.67	ดีมาก	8.71	<0.001* <sup>[a]</sup>
ด้านการนำไปใช้	54.25	23.51	ไม่ตี	89.00	37.26	ดีมาก	7.05	<0.001* <sup>[a]</sup>
ด้านการบอกต่อ	47.00	21.15	ไม่ตี	96.50	39.00	ดีมาก	9.98	<0.001* <sup>[a]</sup>
<b>คะแนนความรู้อยู่เฉลี่ยรวม 6 ด้าน</b>	<b>54.37</b>	<b>23.70</b>	<b>ไม่ตี</b>	<b>93.57</b>	<b>38.22</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>7.80</b>	<b>&lt;0.001*<sup>[a]</sup></b>

หมายเหตุ : \*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05,  
<sup>[a]</sup>ข้อมูล Mean วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired sample T-Test  
<sup>[b]</sup>ข้อมูล Median (IQR) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched pairs Signed Rank Test

จากตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า ผลรวมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี ทั้ง 6 ด้านโดยคะแนนรวมค่า Mean เพิ่มขึ้นจาก 54.37 ระดับไม่ตี เป็น 93.75 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (t=7.80, p < 0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนประเมินวิถีชีวิต 6 ด้าน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=80)

วิถีชีวิต 6 ด้าน	ก่อนเข้าโปรแกรม (n=80)		หลังเข้าโปรแกรม (n=80)		Z	r	P-Value
	Median (IQR)	S.D.	Median (IQR)	S.D.			
ด้านอาหาร	3.0 (4.0, 5.0)	1.423	5.0 (5.0, 6.0)	1.350	-6.061	0.678	<0.001* <sup>[b]</sup>
ด้านกิจกรรมทางกาย	5.0 (4.0, 6.0)	1.175	6.0 (4.0, 6.0)	1.841	-4.532	0.506	<0.001* <sup>[b]</sup>
ด้านการลดความเครียด	4.0 (4.0, 9.0)	2.819	9.0 (4.0, 10.0)	2.775	-6.061	0.678	<0.001* <sup>[b]</sup>
ด้านการเลี่ยงสารเสพติด	6.0 (6.0, 6.0)	1.437	10.0 (10.0, 10.0)	0.628	-8.124	0.908	<0.001* <sup>[b]</sup>
ด้านการนอนหลับ	4.0 (4.0, 8.0)	2.358	9.0 (4.0, 10.0)	2.604	-5.994	0.669	<0.001* <sup>[b]</sup>
ด้านความสัมพันธ์	5.0 (5.0, 5.0)	0.730	5.0 (5.0, 5.0)	0.487	-2.236	0.250	0.025 <sup>[b]</sup>
<b>คะแนนวิถีชีวิตรวม</b>	<b>28.0</b>	<b>7.131</b>	<b>43.0</b>	<b>5.541</b>	<b>-7.580</b>	<b>0.847</b>	<b>&lt;0.001*<sup>[b]</sup></b>
	<b>(26.0, 37.0)</b>		<b>(36.0, 45.0)</b>				
<b>ระดับวิถีชีวิต</b>	<b>ระดับเท่ากับค่าเฉลี่ย</b>		<b>ระดับดีเยี่ยม</b>				

หมายเหตุ : 1. \*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, <sup>[a]</sup>ข้อมูล Mean วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired sample T-Test

<sup>[b]</sup>ข้อมูล Median (IQR) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched pairs Signed Rank Test

- ระดับคะแนนวิถีชีวิต 2.1.) ระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ผลรวมคะแนนของทั้ง 6 ด้าน อยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน 2.2.) ระดับเท่ากับค่าเฉลี่ย ผลรวมคะแนนของทั้ง 6 ด้าน อยู่ในช่วง 21 – 30 คะแนน 2.3.) ระดับดีมาก ผลรวมคะแนนของทั้ง 6 ด้าน อยู่ในช่วง 31 – 40 คะแนน 2.4.) ระดับดีเยี่ยม ผลรวมคะแนนของทั้ง 6 ด้าน อยู่ในช่วง 41 – 50 คะแนน
- คำนวณขนาดของผลกระทบ (Effect Size, r) 3.1.) r < 0.1: ขนาดผลกระทบเล็กน้อยมาก 3.2.) 0.1 ≤ r < 0.3: ขนาดผลกระทบเล็กน้อย 3.3.) 0.3 ≤ r < 0.5: ขนาดผลกระทบปานกลาง 3.4.) r ≥ 0.5: ขนาดผลกระทบใหญ่

จากตารางที่ 3 จากการเปรียบเทียบคะแนนประเมินวิถีชีวิต 6 ด้าน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า หลังเข้าโปรแกรมผลรวมคะแนนวิถีชีวิตทั้ง 6 ด้าน (ค่า Median จาก 28.0 เป็น 43.0) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ซึ่งอยู่ในระดับดีเยี่ยม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ด้านการเลี้ยงสารเสพติด (ค่า Median จาก 6.0 เป็น 10.0) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $p < 0.001$ ) รองลงมา คือ ด้านลดความเครียดและด้านการนอนหลับ (ค่า Median จาก 4.0 เป็น 9.0) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ด้านอาหาร (ค่า Median จาก 3.0 เป็น 5.0) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ด้านกิจกรรมทางกาย (ค่า Median จาก 5.0 เป็น 6.0) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดคือ ด้านความสัมพันธ์ (ค่า Median 5.0 และ 5.0 ค่าคงที่) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.025$ )

ผลการวิเคราะห์ค่า Z-Score ในตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของคะแนนประเมินวิถีชีวิต 6 ด้านก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยค่า Z-Score ที่มีค่าลบและขนาดใหญ่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกของคะแนนหลังเข้าโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนโปรแกรม พบว่า:

**ด้านอาหาร** มีค่า  $Z = -6.061$  แสดงถึงการปรับพฤติกรรมเลือกอาหารที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

**ด้านกิจกรรมทางกาย** ค่า  $Z = -4.532$  บ่งชี้ว่าผู้เข้าร่วมมีการปรับปรุงระดับกิจกรรมทางกาย แม้ว่าจะไม่เด่นชัดเท่าด้านอื่น เนื่องจากระดับการออกกำลังกายก่อนเข้าโปรแกรมอยู่ในระดับที่ดีพอสมควร

**ด้านการลดความเครียด** ค่า  $Z = -6.061$  ชี้ให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมสามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

**ด้านการเลี้ยงสารเสพติด** ค่า  $Z = -8.124$  ซึ่งเป็นค่าที่สูงที่สุดในตาราง แสดงถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านนี้ได้อย่างเด่นชัดที่สุด

**ด้านการนอนหลับ** ค่า  $Z = -5.994$  สะท้อนถึงผลลัพธ์เชิงบวกจากการปรับปรุงพฤติกรรมนอนหลับ

**ด้านความสัมพันธ์** ค่า  $Z = -2.236$  เป็นค่าที่ต่ำที่สุดในตาราง บ่งบอกว่ามีการเปลี่ยนแปลงในด้านนี้ แต่ไม่เด่นชัดเมื่อเทียบกับด้านอื่น

เมื่อพิจารณาค่า  $r$  ซึ่งแสดงถึงขนาดของผลกระทบ พบว่าด้านการเลี้ยงสารเสพติด ( $r = 0.908$ ) และคะแนนวิถีชีวิตรวม ( $r = 0.847$ ) มีผลกระทบขนาดใหญ่ ขณะที่ด้านกิจกรรมทางกาย ( $r = 0.506$ ) มีผลกระทบขนาดปานกลาง และด้านความสัมพันธ์ ( $r = 0.250$ ) มีผลกระทบขนาดเล็ก ผลการวิเคราะห์สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ช่วยปรับปรุงวิถีชีวิตในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านที่เน้นพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การเลี้ยงสารเสพติดและการนอนหลับ อย่างไรก็ตาม ด้านความสัมพันธ์มีการเปลี่ยนแปลงน้อย ซึ่งอาจชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนาเนื้อหาโปรแกรมเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมการพัฒนาตัวนี้ในอนาคต

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการนอนหลับที่ดี โดยบูรณาการศาสตร์เวชศาสตร์วิถีชีวิต การแพทย์ทางเลือก รวมถึงแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และธรรมชาติบำบัด สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านการนอนหลับของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความสำเร็จของโปรแกรมนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยสำคัญ โดยปัจจัยแรกคือการใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น การปรับกิจวัตร การออกกำลังกาย และการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความเครียดและปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณิ์ ธีรสุตาพรรณ และคณะ (2022) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมจัดการการนอนไม่หลับช่วยลดความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับได้อย่างชัดเจนอีกปัจจัยที่สำคัญคือการออกแบบโปรแกรมที่ครอบคลุมและชัดเจน ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ การฝึกสมาธิ และการปรับพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การออกแบบที่เป็นระบบนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของจินทนา บุญก่อน (2024) ที่แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องสามารถลดคะแนน Insomnia Severity Index (ISI) ได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และธรรมชาติบำบัด ช่วยเพิ่มความหลากหลายและความครอบคลุมในตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างของผู้เข้าร่วม ทั้งในมิติทางกายภาพและจิตใจ แนวทางการ

บำบัดแบบองค์รวมนี้ส่งผลต่อการสร้างความเข้าใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมในระยะยาว โปรแกรมยังสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพเชิงป้องกัน (Preventive Health) ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพผ่านการปรับพฤติกรรม แนวทางนี้ช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พร้อมทั้งส่งเสริมสุขภาพจิตและการนอนหลับที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้แม้จะบ่งชี้ถึงความสำเร็จในหลายด้าน แต่ยังมีบางด้านที่ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ตัวอย่างเช่น ในการประเมินด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าคะแนน Median ยังคงที่ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม (Median = 5.0) และมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในค่า Z-score (-2.236,  $p = 0.025$ ) ซึ่งบ่งชี้ถึงผลกระทบที่ค่อนข้างจำกัดในด้านนี้ ผลที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะของโปรแกรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลมากกว่าการส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมโดยตรง ผู้เข้าร่วมอาจมองว่าการนอนหลับเป็นเรื่องส่วนตัวมากกว่าที่จะเชื่อมโยงกับการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม หรืออาจเกิดจากระยะเวลาการติดตามผลที่สั้นเกินไปในการวัดการเปลี่ยนแปลงในมิติที่ต้องใช้เวลาและปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่องอีกสาเหตุหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคมหรือความพร้อมของผู้เข้าร่วมที่แตกต่างกัน บางคนอาจมีข้อจำกัดในการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น ภาระงาน ครอบครัว หรือสถานการณ์ชีวิตที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านนี้

สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดีสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและเน้นแนวทางแบบองค์รวม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชากรได้อย่างยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2563). โรคนอนไม่หลับสัมพันธ์กับนาฬิกาชีวิต แก้ได้โดยไม่ใช้ยา.

<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30519>

จันทนา บุญก่อน. (2567). ผลการใช้รูปแบบการจัดการการนอนหลับต่อคุณภาพการนอนและ ควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันไม่ได้ งานผู้ช่วยนอก โรงพยาบาลวิเชียรบุรี. วารสารโรงพยาบาลเพชรบูรณ์.

[https://pbh.moph.go.th/imgs/picture\\_purchase/202458เผยแพร่วารสาร-จันทนา บุญก่อน-WEB01-5-67.pdf](https://pbh.moph.go.th/imgs/picture_purchase/202458เผยแพร่วารสาร-จันทนา บุญก่อน-WEB01-5-67.pdf)

วรรณิ์ ธีรสุดาพรรณและภัทราภรณ์ ศรีพรมมา. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการนอนไม่หลับต่อความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล. วารสารเกื้อการุณย์, 29(2), 277-291.

<https://search.tci-thailand.org/article.html?b3BlbkFydGJbGUmaWQ9NjkzNzc5>

## สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยบูรณาการหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต การแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และธรรมชาติบำบัด สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านการนอนหลับและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ผลการประเมินหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมทั้งมีพฤติกรรมนอนที่สอดคล้องกับสุขภาพที่ดีขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ควรมีการประเมินติดตามผลการนอนหลับและวิถีชีวิตเพิ่มในช่วง 3 เดือนและ 6 เดือน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม หรือ การศึกษาผลกระทบระยะยาวของโปรแกรมโดยติดตามตัวชี้วัดอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิต (Quality of Life) สุขภาพจิต และประสิทธิภาพการทำงาน เพื่อประเมินผลที่ครอบคลุมในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1. ควรมีการพัฒนาารูปแบบโปรแกรมให้หลากหลายให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการ และขยายพื้นที่การเก็บข้อมูล โดยนำโปรแกรมไปทดลองใช้เก็บข้อมูลกับพื้นที่อื่นๆต่อไป

2.2. ควรมีการวิเคราะห์ผลของโปรแกรมโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันติดตามการนอนหลับหรือสมาร์ทวอช เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

- วิมล โรมา, ชะนวนทอง ชาญกาญจน์, มจรุส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นริมาลย์ นีละไพจิตร, สายชล คล้อยเอี่ยมและมุกดา สำนวนกลาง. (2561). การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4926>
- สถาบันพัฒนาสุขภาพระเทศเมือง กรมอนามัย. (2565). แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต.  
<https://mwi.anamai.moph.go.th/th/hrd/download/?did=212989&id=103702&reload=>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed.). Academic Press.
- Egger, G., Binns, A., Rossner, S., & Sagner, M. (2017). *Lifestyle medicine: Lifestyle, the environment and preventive medicine in health and disease*. Academic Press.
- Kaewla, W., & Wiwanitkit, V. (2014). Insomnia and Thai traditional medicine. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 5(4), 253–255.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Rippe, J. M. (2019). *Lifestyle medicine*. CRC Press.
- Rodriguez, J. C., Dzierzewski, J. M., & Alessi, C. A. (2015). Sleep problems in the elderly. *The Medical Clinics of North America*, 99(2), 431–439. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.013>
- Walker, M. (2017). *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. Simon and Schuster.
- World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences* (No. WHO/NMH/CHP/09.01). World Health Organization.
- Yeung, W. F., Chung, K. F., Leung, Y. K., Zhang, S. P., & Law, A. C. (2012). Traditional needle acupuncture treatment for insomnia: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Sleep medicine*, 10(7), 694 704.

“

# การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นรากฐานสุขภาพที่ยั่งยืน

”



( ช่องทางการเผยแพร่ )

0 5622 2375 

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 

ศูนย์ สสม ภาคเหนือ 