



วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL (NORTHERN EDITION)



ปีที่ 36 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

ISSN : 3056-9621 (print)

ISSN : 3056-963X (online)



☎ 0 5622 2375

📍 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

🌐 <https://thaidj.org/index.php/NRTC>

PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL (NORTHERN EDITION) วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569

ที่ปรึกษา

นพ.ภูวเดช สุระโคตร	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายสมศักดิ์ กรีชัย	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิ

ผศ.ดร.วุฒิชัย จรียา	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ประจวบ แหยมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.กฤตปัทธ ตันตอมรกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.รัชพล เมธารักษ์กุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธิตมา วทานียะเวช	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ดร.สุภาภรณ์ ตันตินันตตระกูล	มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
ดร.ภูษงค์ อินทร์ชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทนา แยมคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ผศ.สุนทร สุดแสนดี	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ดร.วิสุทธิ บุญญะโสภิต	นักวิชาการอิสระ
ดร.สมนึก หงส์ยิ้ม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ดร.ธัญชนก ขุมทอง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ดร.ศิริเนตร สุขดี	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล สุวรรณภูมิ
ดร.ขวัญชนก เทพปิ่น	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล สุวรรณภูมิ
ดร.กมลรัตน์ สังข์รัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ข้าราชการบำนาญ
นางสาวนงลักษณ์ วิชัยรัมย์	มหาวิทยาลัยรำไพพรรณี
นางสาววัชร ศรีทอง	นักวิชาการอิสระ

กองบรรณาธิการบริหาร

นายอุทิศ จิตเงิน	ผู้อำนวยการ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางเพ็ญศรี ไตเทศ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นายมฤตราช ไชยภาพ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวรัศมีสุดา หยวกทอง	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวกฤษณา กันกลิ่น	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเพ็ญศรี ไตเทศ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นายมฤตราช ไชยภาพ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวรัศมีสุดา หยวกทอง	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวกฤษณา กันกลิ่น	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวนารี ยอดทอง	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสิริลักษณ์ ช้างเนียม	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวปภาดา เขาช่า	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม / ติดต่อสอบถาม

เบอร์โทรศัพท์	095 709 5942 (มฤตราช)
	095 246 4124 (รัศมีสุดา)
	056 222 375
LINE ID	bo_em namfaok



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



บทบรรณาธิการ

นายอุทิศ จิตเงิน

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

ความท้าทายในระบบสาธารณสุขปัจจุบันที่ทวีความซับซ้อนยิ่งขึ้น ทั้งจากการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย วิกฤตสิ่งแวดล้อม และอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 มุ่งมั่นทำหน้าที่เป็นเวทีวิชาการเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมเชิงประจักษ์ เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนและการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน

ฉบับนี้ได้คัดสรร 1 บทความวิชาการ และ 9 บทความวิจัย ซึ่งร้อยเรียงเป็น 3 กลุ่มองค์ความรู้หลัก ดังนี้

1. สุขภาวะและการพัฒนาศักยภาพตามกลุ่มวัย : บทความวิชาการ “ปัจจัยชีวภาพกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น” ซึ่งมีดีชีวิตวิทยากับการพยาบาลครอบครัว สอดรับกับงานวิจัยพฤติกรรมเยาวชนใน “ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนโรงเรียนดงเจนวิทยาคมฯ” แพทย์ทางเลือกใน “ประสิทธิผลของน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือน” และมีดีสังคมใน “ความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5”
2. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) : ครอบครัวบริบทวัฒนธรรมการกินใน “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วย NCDs ในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา” การขับเคลื่อนเครือข่ายพื้นที่ใน “การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวาน อำเภอจาง จังหวัดลำปาง” และนวัตกรรมคลินิกเฉพาะทางใน “การพัฒนารูปแบบการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพัทลุง”
3. กลไกเครือข่ายชุมชนและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม : สะท้อนบทบาท อสม. และระบบหนุนเสริมผ่าน “การประเมินความรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่” และ “การพัฒนารูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วย NCDs” พร้อมยกระดับนโยบายบูรณาการใน “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไก พชอ. อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์”

บทความทุกฉบับผ่านกระบวนการกลั่นกรองอย่างเข้มงวด โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 - 3 ท่าน ในรูปแบบ Double-Blind Peer Review ภายใต้เกณฑ์หลัก 5 ด้าน : (1) ความสอดคล้องกับขอบเขตวารสาร (2) ความถูกต้องตามหลักระเบียบวิธีวิจัย (Methodological Rigor) (3) การผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB) (4) คุณค่าการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบายหรือพื้นที่ (Research Utilization) และ (5) คุณภาพการเรียบเรียงและการอ้างอิงตามมาตรฐานสากล

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ร่วมยกระดับคุณภาพวารสาร และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า องค์ความรู้ในฉบับนี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนางานในระดับพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อสุขภาวะของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม

อุทิศ จิตเงิน
บรรณาธิการ

บทความวิชาการ**ปัจจัยชีวภาพกับ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาลในการให้ความรู้ผู้ปกครอง**

- ณัฐชยา ทวีวัฒน์, วิไลวรรณ เสือสะเดา, วัชรินทร์ สมส่วน, พรรษา เศรษฐบุปผา, ชาลินี สุวรรณยศ..... 151

บทความวิจัย**ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง****ในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา**

- กรกมล แสงโสภา, กมลชนก รักนาค, กรกวิภา บุญต่อ, กฤตยา ยินดี, ชนิดา มีชัย, ชุติมา ปรีक्षा, ปณิดา ยาอุด, เนตรนภา พรหมมา..... 167

การพัฒนารูปแบบการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง**คลินิกชะลอไต โรงพยาบาลพัทลุง**

- รัชดา ปราบกรี..... 182

ความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

- สิริวัฒน์ ธนพัฒน์ศิริ, สุภาวดี พันธุมาศ, กรวรรณ ยอดไม้, วัชรินทร์ กิตติพิชัย..... 197

การประเมินความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ จากผู้ดูแลเองขนาดเล็ก**ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่**

- ธำรงค์ศักดิ์ แสนยศ..... 212

ประสิทธิผลของน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนแบบปฐมนุรักษ์ของวัยรุ่นหญิง

- สุกัญญา บุญชู, สุชาวดี ทาจาก, กฤษณัญญ์ ศรีใจ, รัชมี สุขนรินทร์, อุเทน มุกเษ, จันทวีจิรา บุญมา..... 223

การพัฒนารูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม**โดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน****โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**

- สุมาลย์ โชติช่วง, อัจฉรพรรณ คำยาดี..... 238

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการ**พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย****อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์**

- อนิรุทธ จันทพาส, นกุล ไกรกาศ, มนัส บุญพา, กฤษณา เหล็กเพชร..... 252

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วม**ของภาคีเครือข่าย อำเภอจาง จังหวัดลำปาง**

- สุภาพร ยอดมณี..... 268

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น**โรงเรียนดงเจนวิทยาคม อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา**

- ธนัญญ์ภัสสร ไซยมงคล..... 282

ปัจจัยชีวภาพกับ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล ในการให้ความรู้ผู้ปกครอง

BIOLOGICAL FACTORS AND DEPRESSION IN ADOLESCENTS: THE ROLE OF NURSES IN PROVIDING EDUCATION TO PARENTS

ณัฐชยา ทวีวัฒน์^{*1}, วิไลวรรณ เสือสะเดา¹, วีรินทร์ สมส่วน¹, หรรษา เศรษฐบุปผา¹, ชาลิณี สุวรรณยศ¹
Natchaya Taweewat^{*1}, Wilaiwan Sueasadao¹, Weerinpat Somsuan¹, Hunsu Sethabouppha¹, Chalinee Suwanayos¹

¹สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Department of Psychiatric Nursing Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*Corresponding author E-mail: taweewatnatchaya.std@gmail.com

Received: 29 Oct., 2025

Revised: 9 Mar., 2026

Accepted: 18 Mar., 2026

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งเน้นไปที่การสังเคราะห์เรื่องภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นในเด็กวัยรุ่น เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกมามีในด้านความคิด แรงจูงใจ อารมณ์ และพฤติกรรม มักไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่มักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อการพัฒนาการเรียน การดำเนินชีวิต อาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ และมีโอกาสพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้อย่างเต็มที่ ผู้ปกครองจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของวัยรุ่นในการป้องกัน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครอง เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น การป้องกัน การดูแลรักษา เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น

คำสำคัญ: ปัจจัยชีวภาพ; ภาวะซึมเศร้า; บทบาทพยาบาล; วัยรุ่น; ผู้ปกครอง

Abstract

Adolescent depression is a prevalent and growing mental health concern among adolescent. It is an emotional disorder characterized by disturbances in thought, motivation, emotion, and behavior. Its etiology is rarely attributable to a single cause, but rather stems from a complex interplay of biological, genetic, and environmental factors. Adolescent depression significantly impacts development, academic performance, and daily life, potentially leading to substance abuse, other risky behaviors, and an increased likelihood of developing adult depression. Crucially, it elevates the risk of suicide, a leading cause of mortality in adolescents. Given that adolescents are

not yet fully self-reliant, parents serve as a vital source of support for prevention. Therefore, nurses play a critical role in educating parents about adolescent depression, including its prevention, care, and treatment, with the aim of reducing both the incidence and severity of depression in children and adolescents.

Keywords: Biological factors; Depression; Nurses' role; Adolescents; Parents

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของบุคคลที่แสดงความผิดปกติออกมาในด้านความคิด แรงใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นและมีแนวโน้มในการพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ โดยในเด็กและวัยรุ่นอาจไม่แสดงอารมณ์เศร้าที่เด่นชัดเหมือนในผู้ใหญ่ แต่อาจแสดงออกเป็นอารมณ์หงุดหงิดแทนอารมณ์เศร้า ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ หรือมีอาการเด่นเป็นปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ดื้อต่อต้าน (วิจิตรณ บัญสิทธิ์, 2564) โดยอาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากผลของการเจ็บป่วยทางร่างกาย สารเสพติด หรือไม่ใช่ปฏิกิริยาปกติหลังจากเหตุการณ์สูญเสีย (ศยาดา ด่านไทยวัฒนา, 2565)

ภาวะซึมเศร้ามักไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่มักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ในครอบครัวที่มีประวัติโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเวช มักมีโอกาเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไป (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561) ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อพัฒนาการการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆของผู้ป่วยอีกทั้งอาจทำให้เกิดปัญหาการใช้สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ที่สำคัญคือทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในวัยรุ่น (วิจิตรณ บัญสิทธิ์, 2564)

จากผลการสำรวจโดยกรมสุขภาพจิต พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีกว่า 3.6 แสนคน พบเสี่ยงซึมเศร้า 10.86% โดยสำรวจข้อมูลกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 360,069 ราย ของกรมสุขภาพจิต ผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in พบเสี่ยงซึมเศร้าถึง 39,105 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.86 เสี่ยงฆ่าตัวตายจำนวน 65,951 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.12 (กรมสุขภาพจิต, 2567) สอดคล้องกับข้อมูลศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์เพื่อการแพทย์ด้านจิตเวชที่ประเมินว่าเยาวชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ตรวจพบอาการซึมเศร้าสูงถึง 2,200 คนต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้จากการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและศูนย์ความรู้นโยบายสาธารณะเพื่อการเปลี่ยนแปลงพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการเพิ่มขึ้นจาก 6.11 คนต่อประชากรแสนคนในปี 2560 เป็น 7.94 ในปี 2566 โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดคิดเป็นอัตรา 116.8 คนต่อประชากรแสนคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญในวัยรุ่น หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมจะอาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ครอบครัวถือเป็น

แหล่งสนับสนุนที่สำคัญของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้อย่างเต็มที่ (อริชญา สุขธรรมรัตน์ และ ณัฐสุตา เต้พันธ์, 2566) ในปัจจุบันประเด็นปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มที่ได้รับการสนใจมากกว่าแต่ก่อน ทั้งปัญหาความเครียด ความกังวลใจ ก็เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของคนทั้งสิ้น ดังนั้นจึงควรมีวิธีจัดการและการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผ่านกลไกและมาตรการต่างๆ เพื่อจรรโลงจิตใจของผู้คน (Poshakrishna et al., 2026) การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหา คัดกรองกลุ่มวัยรุ่นทุกคน และดำเนินการป้องกันเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับวัยรุ่น และครอบครัว ก่อนที่จะพัฒนากลายเป็นโรคซึมเศร้า (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567) ดังนั้นพยาบาลจิตเวชถือเป็นบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงทางชีวภาพทางพันธุกรรม สาเหตุ การดำเนินโรค การดูแลรักษาและมีบทบาทในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครอง ในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรวมถึงลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจัยทางชีวภาพ

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในสังคมไทยปัจจุบัน โดยโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพจิตใจ ร่างกาย รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคนี้ไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลลัพธ์จากหลายปัจจัยที่ซับซ้อนทั้งทางชีวภาพ จิตวิทยา ในมิติทางชีวภาพนั้น มีงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างความ

ผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน รวมถึงกลไกการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่ผิดปกติ ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจในปัจจัยเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการนำไปสู่การวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ

โรคซึมเศร้านั้นเป็นโรคทางจิตเวชประเภทหนึ่งที่สามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งจากจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง โดยปัจจัยส่วนแรกเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท 3 ชนิด ได้แก่ เซโรโทนิน (Serotonin) นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดพามีน (Dopamine) โดย Serotonin มีส่วนสำคัญในการควบคุมการนอนหลับ ความอยากอาหาร และแรงขับทางเพศ ดังนั้นหาก Serotonin ลดลงหรือเซลล์รับสารสื่อประสาทมีความผิดปกติจะ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีอาการนอนไม่หลับ ไม่อยากอาหารและความต้องการทางเพศลดลง ในส่วนของ Norepinephrine มีส่วนสำคัญในการควบคุมในเรื่องความตั้งใจและพฤติกรรม หากพบความไม่สมดุลของ Norepinephrine บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมที่เรื้อรัง เื่องช้า ตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวช้า (ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ, 2559) นอกจากสารสื่อประสาทที่กล่าวมาแล้วยังมีอีกหนึ่งตัวที่สำคัญนั่นคือ Dopamine โดยสารนี้จะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและแรงจูงใจ หากมีปริมาณที่ลดลงจะทำให้ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมและมีความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง (เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, 2560) และอีกปัจจัยถัดมาที่สามารถนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้คือปัจจัยด้านฮอร์โมน (Hormonal factor) ซึ่งมีความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับ

สมดุลฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ในผู้มีภาวะซึมเศร้าพบระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) สูงกว่าปกติ ซึ่งฮอร์โมนนี้มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อความเครียด หากมีการหลั่งต่อเนื่องและคงอยู่ในระดับสูงเป็นเวลานาน จะรบกวนสมดุลทางอารมณ์และเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า

ระบบที่สอง Hypothalamic pituitary thyroid axis พบว่าระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone, TSH) ต่ำกว่าปกติ การทำงานของไทรอยด์ที่ลดลงนั้นส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร และความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยตรง

ระบบที่สาม คือ Hypothalamic pituitary growth hormone axis พบระดับโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักตรวจพบว่าระดับโกรทฮอร์โมน ลดลง ซึ่งฮอร์โมนนี้มีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูร่างกาย การเจริญเติบโต รวมถึงการทำงานของสมอง ดังนั้นความบกพร่องจึงอาจเกี่ยวข้องกับการสูญเสียพลังงานและแรงจูงใจในชีวิตประจำวัน (มานิช หล่อตระกูลและคณะ, 2548:47 อ้างถึงใน ตัญญา จำปาวัลย์, 2560)

อย่างไรก็ตามในส่วนถัดมาจะกล่าวถึงลักษณะทางพันธุศาสตร์ที่เป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยชีวภาพลักษณะทางพันธุศาสตร์ มีการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยพบว่ากรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น การศึกษาในฝาแฝด (ไข่ใบเดียวกัน) พบว่าหากคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ฝาแฝดอีกคนหนึ่งมีสิทธิเป็นโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 37 (ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ, 2559)

ในส่วนของพยาธิสภาพ ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับสมองในส่วน Emotion-related brain areas ซึ่งเป็นบริเวณสมองส่วนอารมณ์ โดยจะประกอบไปด้วย ส่วน Limbic systems ได้แก่ Hippocampus และ Amygdala โดยระบบลิมบิก มีหน้าที่ในการสร้างสมดุลแก่ร่างกาย และบริเวณของเปลือกสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีความผิดปกติของปริมาตรเนื้อสมองส่วนสีเทา Grey matter volume (GMV) ในหลายบริเวณ โดยพบว่าปริมาตร GMV เพิ่มขึ้นในบริเวณ Right-Middle frontal gyrus ซึ่งสมองส่วนนี้มีหน้าที่สำคัญในการทำงานของความจำ (Working memory) โดยมีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรและขยายขนาดของเซลล์ (Cellular hypertrophy) และการเพิ่มจำนวนของเซลล์แอสโตรไซต์ (Astrocyte proliferation) ที่ถูกกระตุ้นจากการอักเสบ ในส่วนของ Right-Inferior frontal gyrus พบปริมาตร GMV ลดลง ซึ่งเชื่อมโยงกับการควบคุมอารมณ์ (Emotional regulation) การเกิดความผิดปกติในส่วนนี้มักจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า การทำงานร่วมกันระหว่างสมองทั้งสองส่วนที่มีความขัดแย้งกันระหว่างการลดลงของ GMV ใน Inferior frontal gyrus และการเพิ่มขึ้นใน Middle frontal gyrus มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอาการซึมเศร้า และนอกเหนือจากความผิดปกติของสมองทั้งสองส่วนนี้ มีการศึกษาจากผล Resting-state fMRI (rs-fMRI) และ functional near-infrared spectroscopy (fNIRS) ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร่ายังพบว่าการลดลงของปริมาตร GMV บริเวณ Caudate nucleus และ Putamen ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Striatum เป็นส่วนที่

เกี่ยวข้องกับระบบการให้รางวัล (Reward processing) เมื่อเกิดการผิดปกติจะส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการรับรู้ความพึงพอใจ และจากการศึกษาปริมาตรกะโหลกศีรษะ Intracranial volume (ICV) โดยปกติแล้ว ICV จะคงที่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น แต่ในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีการเพิ่มขึ้นของ ICV นี้ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาสมองที่ผิดปกติก่อนหรือระหว่างช่วงวัยรุ่น (Xipeng Long et al., 2023) ถัดมาจะกล่าวถึงการพัฒนาการดำเนินของโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น

การดำเนินของโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น

เด็กวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษามีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ยประมาณ 8 เดือน แต่บางคนอาจมากกว่านั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า วัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้ามีเพียงร้อยละ 50 ที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนที่จะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกจะรักษาจนหายป่วยได้ (First depressive episode) แต่โรคซึมเศร้าที่เริ่มป่วยตั้งแต่ในเด็กและวัยรุ่นมักจะไม่เป็นแค่ครั้งเดียว แต่มักจะกลับมาป่วยซ้ำ อย่างใน 1-2 ปีแรก เด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วและหายแล้ว จะกลับมาป่วยอีกมากถึงร้อยละ 20-60 และใน 5 ปีต่อมา จะมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำมากถึงร้อยละ 70 นั้นหมายความว่า โรคซึมเศร้าไม่ใช่โรคที่ป่วยเป็นครั้งเดียวแล้วหาย อาจจะกลับมาป่วยได้ (ปรานี ปวิณชนา, 2567)

อย่างไรก็ตามงานเขียนของ รัตติกาล ศรีงาม และ สุตาพร สถิตยยุทธการ (2568) ได้จำแนกระยะของการดำเนินโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 ระยะด้วยกัน ในระยะที่ 1 คือ ระยะอาการเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นระยะเริ่มต้นที่สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวลดลงและเริ่มมี

อารมณ์เศร้า หดหู่ นอนไม่หลับ อยากตายอยู่ตลอดเวลา เป็นระยะเวลานานติดกันถึง 2 สัปดาห์ในระยะดังกล่าว จะใช้เวลารักษาประมาณ 2 เดือน ในระยะที่ 2 คือระยะรักษาต่อเนื่อง (Continuation phase) ในระยะนี้จะรักษาต่อเนื่อง อาการซึมเศร้าหรือความรู้สึกด้านลบจะมีอาการน้อยลงแต่อย่างไรก็ตามอาการก็สามารถกำเริบขึ้นมาใหม่ได้อีกในช่วงระยะนี้จะต้องใช้เวลารักษาประมาณ 4-9 เดือน ระยะที่ 3 คือระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยฟื้นตัวจากภาวะซึมเศร้า หรือมีการรักษาต่อเนื่องยาวนานเกิน 12 เดือนจนเข้าสู่ภาวะหายขาด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นซ้ำได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

ภาวะซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงแบ่งออกเป็น

4 ระดับ ได้แก่

ระดับเล็กน้อย (Mild depression) คือ บุคคลจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติหรือใกล้เคียง

ระดับปานกลาง (Moderate depression) คือ อาการซึมเศร้ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตบ้าง บุคคลอาจต้องหยุดเรียนหรือหยุดงานเป็นระยะ

ระดับมาก/รุนแรง (Severe depression) คือ อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมาก อาจต้องหยุดเรียนหรือหยุดงานเพื่อพักรักษาตัว

ระดับอาการทางจิตหรือโรคซึมเศร้า (Major depression/depressive disorder/depressive illness) ถ้าถึงระดับนี้ จะมีความผิดปกติทางจิต (Psychiatric/disorder) และมีอาการหลุด ออกจากโลกของความเป็นจริง (Out of reality) ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอย่างมาก บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้

น้อยลง ไม่สนใจตนเอง อาจสูญเสียการรู้จักตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจ ในเรื่องต่าง ๆ ได้ (สมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ, 2562)

การรักษา เภสัชวิทยา

การบำบัดรักษานั้นขึ้นอยู่กับปัญหาและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ การรักษาทางชีวภาพ การรักษาทางจิตสังคมและการใช้สิ่งแวดลอมเพื่อการบำบัด (นันทัก ชนะพันธ์, 2563) โดยในบทความนี้จะขอกล่าวถึงการรักษาทางด้านชีวภาพ ดังนี้

1. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Anti-depressant)

การใช้ยารักษาเพื่อปรับสารเคมีในสมอง โดยมีกลไกในการปรับสารสื่อประสาทที่สำคัญเหล่านี้คือ Serotonin, Epinephrine และ Norepinephrine ให้อยู่ในภาวะสมดุล และช่วยลดอาการของโรคซึมเศร้า เช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หงุดหงิด เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักจะหยุดรับประทานยาเองโดยซึ่งทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามแผนสูงถึง 70% จึงจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและคอยติดตามอาการอยู่อย่างต่อเนื่อง (ลัดดาพร เทพสวน, 2568) ซึ่งในปัจจุบันมียาอยู่หลากหลายกลุ่มและจะมีความแตกต่างกันในกลไกของการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาในนี้แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1) กลุ่ม Tricyclic and Tetracyclic Antidepressant (TCAs) เช่น Amitriptyline (Trytanol), Nortriptyline (Nortilen) และ Imipramine (Tofranil) เป็นต้น

2) กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor (MOAIs) เช่น Isocarboxazid (Marplan), Phenelzine (Nardil), Tranylcypromine (Prarnate) เป็นต้น

3) กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) เช่น Fluoxetine (Prozac, Flulox), Fluvoxamine (Fevarin, Luvox), Paroxetine (Seroxat), Sertaline (Zoloft) เป็นต้น

4) กลุ่ม New generationกลไกการออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยาแตกต่างกัน เช่น Tianeptine (stablon), Valenfaxine (Effexor), Mirtazapine (Remoron) เป็นต้น

2.การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro-convulsive therapy: ECT)

โดยจะมีข้อบ่งชี้ในการรักษาเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือมีความทนต่ออาการข้างเคียงของยาได้น้อย มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง หรือมีอาการรุนแรงมากกระทบการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการรักษาด้วยไฟฟ้ามีผลต่อ Monoamine metabolism ซึ่งจะไปลดปริมาณของ Postsynaptic beta-adrenergic receptors และเพิ่มปริมาณของการเปลี่ยนแปลงของ Serotonergic และ Alpha adrenergic receptors ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้นแต่ยังจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

3. การรักษาด้วยการกระตุ้นสมองแบบ Repeated transcranial magnetic stimulation (rTMS)

จะมีการใช้อุปกรณ์ปล่อยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านหนังศีรษะ เพื่อสร้างสนามแม่เหล็กไฟฟ้าเหนี่ยวนำ

ให้เกิดกระแสไฟฟ้ากระตุ้นเซลล์สมองส่วน Cerebral cortex บางส่วน

วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลในกรณีศึกษา

เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต และกำลังสำคัญของประเทศ หากมีวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน และเป้าหมายสำคัญของการป้องกันคือการลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ารายใหม่และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าให้ได้มากที่สุด บทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สำคัญ คือ การส่งเสริม ป้องกัน การให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักมุ่งเน้นการดูแลภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยร่วมกับสถานศึกษาที่มสุขภาพชุมชน ในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แก่เด็กวัยรุ่น ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแล และที่มสุขภาพในชุมชน รวมถึงการสร้างความตระหนักให้วัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแลตนเองได้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริม ป้องกันและดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า หรือเด็กและวัยรุ่นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองบุคคลใน ครอบครัว เด็กและวัยรุ่นที่ครอบครัวมีประวัติโรคซึมเศร้า มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปและไม่แสดงอารมณ์เศร้าที่เด่นชัดเหมือนในผู้ใหญ่

2. การให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักมุ่งเน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นให้เป็น

รูปธรรมมากขึ้น โดยร่วมกับสถานศึกษาที่มสุขภาพชุมชน ในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แก่นักเรียน นักศึกษา อาจารย์ และที่มสุขภาพในชุมชน รวมถึงการสร้างความตระหนักให้วัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน สามารถดูแลตนเองได้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นรายใหม่ โดยเป็นกิจกรรมที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ส่งเสริมให้ครอบครัวรับรู้ และมีความสามารถในการจัดการกับความเครียด ทั้งยังส่งเสริมการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อความเครียด การพัฒนาทักษะการดูแลเด็กวัยรุ่น การเพิ่มความตระหนักของครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าและยังมุ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นหน่วยของการเปลี่ยนแปลงในการสร้างจุดแข็งและความยืดหยุ่นในการดูแลเด็กวัยรุ่น (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

3. การประเมิน (Assessment) คัดกรองและวัดความรุนแรง ใช้แบบประเมินที่เหมาะสมกับวัยรุ่น เช่น PHQ-A / PHQ-9 ฉบับวัยรุ่น CDI-2 ประเมินการทำงาน/สมรรถนะ การเรียน การเข้าสังคม การนอน อาหาร กิจกรรมยามว่าง ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ประเมินความตั้งใจ แผนการ วิธีการ และการเข้าถึงวิธี (Means) ใช้โครงสร้างคำถามจากแนวทางสากล (เช่น C-SSRS) เพื่อ “จัดชั้นความเสี่ยง” เป็น ต่ำ/ปานกลาง/สูง ประเมินปัจจัยเร่ง (Trigger) ความขัดแย้งในครอบครัว การรังแก/ไซเบอร์บูลลี่ การเลิกกับแฟน การสอบ แยกวินิจฉัยแยกโรค (Differential) และโรคร่วม (Comorbidity) แยกไบโพลาร์ (ช่วงครื้น/หิวกิจกรรม/นอนน้อยแต่ไม่ง่วง) โศกเศร้าเฉียบพลัน PTSD/Trauma โรคกาย (ต่อมไทรอยด์ โลหิตจาง) คัดกรองโรคร่วมที่พบบ่อย วิตกกังวล

ADHD การใช้สารเสพติด ปัญหาการนอน การประหม่น ปัจจัยเสี่ยง-ปกป้อง (Risk & Protective) ปัจจัยเสี่ยง ประวัติซึมเศร้าในครอบครัว/พยายามฆ่าตัวตาย การรังแก ความรุนแรงในบ้าน โรคเรื้อรัง การใช้สารเสพติด พักผ่อนน้อย ใช้โซเชียลมีเดียสูง โดนคุกคาม ปัจจัยปกป้อง ความสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนกับผู้ปกครอง/ครู/เพื่อน กิจกรรมที่มีความหมาย การนอนเพียงพอ การออกกำลังกาย ทักษะจัดการอารมณ์

4. การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง กลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสามารถกระทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยง การลดปัจจัยเสี่ยงในกรณีที่วัยรุ่นอยู่ในครอบครัวที่มีบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ดำเนินการให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ความกดดันและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียดมากขึ้น (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

กลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การจัดนิทรรศการเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ความเข้มแข็งในการมองโลก ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่สามารถเพิ่มปัจจัยปกป้อง เพื่อลดอารมณ์เศร้าของวัยรุ่นลง (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นควรเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนการเกิด โรคซึมเศร้า เนื่องจากการป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนที่จะปรากฏอาการโดยการคัดกรอง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างทันที่ จะช่วยลด

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าและตามระบบการจำแนกการบริการของ สถาบันทางการแพทย์แห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ได้แบ่งการป้องกันภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นปกติ (Universal depression prevention) เป็นกิจกรรมหรือโปรแกรมที่เน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-based programs) ที่ช่วยเสริมสร้าง ทักษะในการเผชิญหรือแก้ปัญหา หรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านความคิด หรืออารมณ์ ซึ่งกลยุทธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ในระดับนี้จะเน้นการส่งเสริมปัจจัยปกป้อง เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก ความฉลาดทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น ร่วมกับการจัดกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การจัดการ กับความเครียด การฝึกทักษะการจัดการกับ ความคิดอัตโนมัติทางลบ (สมมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ, 2565) หรือกิจกรรมที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนพบว่า โปรแกรมครอบครัวที่จัดขึ้น เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นนั้นช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวรับรู้ และมีความสามารถในการจัดการกับความเครียด ทั้งยังส่งเสริมการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อความเครียด การพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่น การเพิ่มความตระหนักของครอบครัวเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และยังมุ่งเน้นให้ครอบครัว เป็นหน่วยของการ

เปลี่ยนแปลง ในการสร้างจุดแข็งและความยืดหยุ่นใน การเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่น (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567)

2. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง (Selective depression prevention) เป็นกิจกรรมหรือ โปรแกรมที่เน้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่ม เสี่ยง เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่มีบิดา มารดาหรือพี่น้องเป็นโรค ซึมเศร้า มีความเครียด หรือมีภาวะวิกฤตในชีวิต โดยจัดเป็นกิจกรรมที่เน้นทักษะการจัดการกับความคิดที่ บิดเบือน การปรับโครงสร้างใหม่ และการเสริมสร้าง ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งระยะนี้ จะเป็นการลดความรุนแรงของวัยรุ่นที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อไม่ให้ภาวะซึมเศร้านั้น ยาวนาน หรือรุนแรงมากขึ้นโดยการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของ วัยรุ่น เพื่อค้นหาวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในระยะเริ่มแรก

3. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอาการ ของ ภาวะ ซึม เศร้า (Indicated depression prevention) ทำได้โดยจัดกิจกรรมหรือโปรแกรม เพื่อ ช่วยเหลือหรือลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอาการของ ภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคว่าเป็น โรคซึมเศร้า กิจกรรมที่ใช้ จึงต้องเน้นความเข้มข้นในการ จัดการกับภาวะซึมเศร้าที่มากยิ่งขึ้น และทำจิตบำบัด หรือ การจัดการกับพฤติกรรมหรือปัญหาด้าน สัมพันธภาพ เช่น การทำกลุ่มบำบัดความคิดและ พฤติกรรม (CBT) การทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล (IPT) และการให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นต้น (สมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ, 2565)

บทบาทพยาบาลในการดูแล ทำความเข้าใจ และให้ความรู้ผู้ปกครอง (Interventions)

ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพจิต ที่สำคัญทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุเกิดจากปัจจัยหลายมิติ ทั้งชีวภาพ จิตใจ ครอบครั และสังคม ส่งผลต่อการเรียน ความสัมพันธ์ และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Thapar et al., 2022) ผู้ปกครองถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทโดยตรงต่อ การพัฒนาการทางอารมณ์และการปรับตัวของเด็กวัยรุ่น การพยาบาลจึงควรเน้นการให้ความรู้ การทำความเข้าใจ และการสร้างความร่วมมือกับผู้ปกครอง เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีที่สุด (NICE, 2019) ในระยะ เริ่มแรกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น พยาบาลอาจเป็น จุดติดต่อแรกเมื่อผู้ปกครองมีความกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น (Bernadka Dubicka, 2017) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ปกครอง เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ซึ่งสามารถดำเนินการ ตามบทบาทหน้าที่ได้ ดังนี้

1. การประเมินและสร้างความเข้าใจ (Assessment and Understanding)

พยาบาลมีบทบาทในการประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้ปกครองที่มีต่อภาวะ ซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยทั่วไปผู้ปกครองมักเข้าใจผิดว่าภาวะ ซึมเศร้าเป็นเพียง “อารมณ์เศร้าชั่วคราว” หรือเกิดจาก ความอ่อนแอของเด็กวัยรุ่น (AACAP, 2019) การประเมิน ยังรวมถึงการสำรวจความเชื่อ ค่านิยม และรูปแบบ การเลี้ยงดูที่อาจส่งผลการปรับตัวของเด็กวัยรุ่น เช่น การวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรง การคาดหวังสูงเกินจริง หรือการละเลยทางอารมณ์ พยาบาลควรอธิบายให้ ผู้ปกครองเข้าใจว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทาง อารมณ์ที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางชีวภาพและจิตสังคม ร่วมกัน และสามารถรักษาได้หากได้รับการดูแล อย่างถูกต้อง การสร้างความเข้าใจนี้จะช่วยลดทัศนคติ

ด้านลบและเพิ่มความร่วมมือของผู้ปกครอง (Weersing et al., 2017)

2. การให้ความรู้ (Psychoeducation for Parents)

การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยชีวภาพและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะอาการทั่วไปของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เช่น เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ สมาธิลดลง นอนมากหรือน้อยเกินไป และมีพฤติกรรมแยกตัว รวมถึงสัญญาณอันตราย เช่น การพูดถึงความตายหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (NICE, 2019) ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมผู้ปกครองให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการการดำเนินโรค และแนวทางการดูแลเด็กวัยรุ่น พยาบาลสามารถจัดโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านหลายช่องทาง เช่น การบรรยาย แบบตัวต่อตัว กลุ่มย่อย แผ่นพับ หรือสื่อดิจิทัล (กรมสุขภาพจิต, 2564) เมื่อผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความสามารถในการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อความเครียด การพัฒนาทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กวัยรุ่น จะช่วยเพิ่มความตระหนักของเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้ครอบครัวเป็นหน่วยของการเปลี่ยนแปลงในการสร้างจุดแข็งและความยืดหยุ่นในการดูแลเด็กวัยรุ่น (สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567) เมื่อมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดประโยชน์ของการรักษาเร็วอาจช่วยในการรับรู้อาการเร็วและทำหน้าที่เป็นมาตรการป้องกันเพื่อปรับปรุง (Leslie L. Davis, Madina Leon 2022) การสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) เพื่อลดความไม่เข้าใจและความอับอายที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิต การจัด

สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ทุเลา หรือหายไปได้ ถ้าสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูง และขาดการประคับประคองที่เหมาะสม ก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นได้ (อินชวณี และคณะ, 2017)

3. การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารในครอบครัว (Communication Skills Training)

ครอบครัวที่มีเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักเผชิญกับความตึงเครียดและความขัดแย้งสูง การพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเชิงบวกให้กับผู้ปกครอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยลดการเข้าใจผิด เพิ่มความไว้วางใจ และส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพ่อแม่กับบุตร (Weersing et al., 2017) พยาบาลสามารถจัดกิจกรรม เช่น การฝึกฟังเชิงรุก (active listening) การสะท้อนความรู้สึก และการใช้ภาษาที่ไม่ตัดสิน รวมถึงการให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติว่าผู้ปกครองควรหลีกเลี่ยงการเปรียบเทียบหรือตำหนิ และควรใช้การเสริมแรงทางบวกแทนการลงโทษ การจัดกลุ่มครอบครัวหรือการทำกิจกรรมร่วมกันช่วยเสริมสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนทางอารมณ์

4. การสนับสนุนด้านการรักษาและการเข้าถึงบริการ (Treatment Support and Service Access)

พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่เหมาะสม เช่น การทำจิตบำบัด (Cognitive behavioral therapy, Interpersonal therapy) การเข้ายาในบางกรณี หรือการบำบัดครอบครัว (Thapar et al., 2022) ผู้ปกครองควรได้รับการอธิบายถึงข้อดี ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงของการรักษา เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถช่วยประสานงานกับโรงเรียน ชุมชน

และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนรอบด้าน ในกรณีฉุกเฉิน เช่น เด็กมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ปกครองควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในประเทศไทย เพื่อเข้าถึงบริการโดยเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2564)

5. การเสริมพลังผู้ปกครองและครอบครัว (Family Empowerment)

การดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการที่ยาวนานและเต็มไปด้วยความท้าทาย พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ปกครอง เพื่อช่วยลดความรู้สึกผิด ความเครียด และความเหนื่อยล้า (AACAP, 2019) การเสริมพลัง (Empowerment) ทำให้ผู้ปกครองตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และมีความเชื่อมั่นว่าสามารถช่วยให้บุตรฟื้นตัวได้ วิธีการเสริมพลัง ได้แก่ การยกย่องความพยายามของครอบครัว การให้กำลังใจ และการเชื่อมโยงผู้ปกครองเข้ากับกลุ่มสนับสนุน

ตารางที่ 1 แสดงผลสรุป ปัจจัยชีวภาพ กลไก อาการที่สัมพันธ์ การสื่อสารกับผู้ปกครอง

ปัจจัยชีวภาพ	กลไก	อาการที่สัมพันธ์	การสื่อสารกับผู้ปกครอง
ความผิดปกติของสารสื่อประสาท	- เซโรโทนิน (Serotonin) ลดลงหรือเซลล์รับสารสื่อประสาทมีความผิดปกติ - นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ลดลง - โดพามีน (Dopamine) มีปริมาณที่ลดลง	- นอนไม่หลับ ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด เบื่อหน่าย ท้อแท้ - พฤติกรรมเรื้อรังเฉย เชื่องช้า ไม่มีสมาธิ - ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมหรือความสนใจสิ่งต่างๆลดลง	พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ระดับฮอร์โมนในร่างกายที่ผิดปกติ ที่ส่งผลส่งผลให้เกิดอาการเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ สมาธิลดลง นอนมากหรือน้อยเกินไป และมีพฤติกรรมแยกตัว ซึ่งสามารถรักษาได้หากได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า เพื่อปรับ
ฮอร์โมน (Hormonal factor)	- ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) สูงกว่าปกติ - ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone) ต่ำกว่าปกติ	- สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ - เหนื่อยล้า เฉื่อยชาและความผิดปกติทางอารมณ์ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า	

ในชุมชน พยาบาลควรเน้นว่าผู้ปกครองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง และยังมีทรัพยากรจากระบบสุขภาพและชุมชนคอยสนับสนุน

6. การติดตามผลและประเมินผลลัพธ์ (Follow-up and Outcome Evaluation)

บทบาทของพยาบาลไม่สิ้นสุดเพียงการให้ความรู้ แต่ยังรวมถึงการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ปกครอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น พยาบาลสามารถใช้แบบสอบถาม ประเมินการปรับตัว และสังเกตพฤติกรรมของครอบครัวเป็นเครื่องมือในการติดตาม (NICE, 2019) การติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยให้สามารถปรับแผนการพยาบาลได้ตามความจำเป็น อีกทั้งยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า และสนับสนุนให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นในระยะยาว

ปัจจัยชีวภาพ	กลไก	อาการที่สัมพันธ์	การสื่อสารกับผู้ปกครอง
	- ระดับโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ลดลง	- ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สูญเสียพลังงานและแรงจูงใจ ในชีวิตประจำวัน	สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองและระดับฮอร์โมนในร่างกาย
พันธุกรรม	- การถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากพ่อและแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้าและพบว่าโรคซึมเศร้ามีอัตราการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในคู่แฝดถึงร้อยละ 70 - ยีนที่เกี่ยวข้องกับการส่งผ่านสารสื่อประสาท Serotonin ที่ถูกกระตุ้นจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทำให้มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า	- มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป 2-4 เท่า	พยาบาลพยาบาลควรอธิบายและให้ข้อมูลแก่ให้ผู้ปกครองเกี่ยวกับปัจจัยด้านพันธุกรรมที่มีผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและมีผลต่อความรุนแรงของโรค โดยครอบครัวมีประวัติโรคซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไป เน้นให้ครอบครัวเฝ้าสังเกตอาการและเพิ่มปัจจัยปกป้อง สร้างจุดแข็งและความยืดหยุ่นในการดูแลเด็กวัยรุ่น เช่น การสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความฉลาดทางอารมณ์ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว
ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง	- ความผิดปกติของสมองในส่วน Emotion-related brain areas ซึ่งเป็นบริเวณสมองส่วนอารมณ์ ได้แก่ Hippocampus และ Amygdala ใน Limbic systems - ความผิดปกติของเปลือกสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) มีความผิดปกติของปริมาตรเนื้อสมองส่วนสีเทา Grey matter volume (GMV) ในหลายบริเวณ เช่น	- สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า	พยาบาลพยาบาลควรอธิบายและให้ข้อมูลแก่ให้ผู้ปกครองเกี่ยวกับปัจจัยด้านความผิดปกติของโครงสร้างสมองต่อเกิดโรคซึมเศร้า ให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจ เน้นให้ครอบครัวเพิ่มปัจจัยปกป้องโดยส่งเสริมพัฒนาการตามวัยและเฝ้าสังเกตอาการซึมเศร้าในช่วงวัยในเด็กและวัยรุ่น

ปัจจัยชีวภาพ	กลไก	อาการที่สัมพันธ์	การสื่อสารกับผู้ปกครอง
	-การลดลงของ GMV ใน Inferior frontal gyrus และการเพิ่มขึ้นใน Middle frontal gyrus - การลดลงของปริมาตร GMV บริเวณ Caudate nucleus และ Putamen เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบการให้รางวัล (Reward processing) - การเพิ่มขึ้นของปริมาตรกะโหลกศีรษะ Intracranial volume (ICV) ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น	- สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า - ความบกพร่องในการรับรู้ความพึงพอใจ - มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น	

ตารางที่ 2 แสดงบทบาทพยาบาลในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองในการดูแลวัยรุ่น

บทบาทพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	เครื่องมือ/เทคโนโลยี	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1. การประเมินและคัดกรองสุขภาพจิตในวัยรุ่น (Assesment)	ประเมินความรู้ ทักษะ ผู้ปกครอง และคัดกรองความรุนแรงของอาการในวัยรุ่น	แบบประเมิน PHQ-A, PHQ-9, CDI-2 และแนวทาง C-SSRS เพื่อคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	ระบุระดับความรุนแรง เพื่อวางแผนการในการรักษาได้อย่างถูกต้อง
2. การให้สุขภาพจิตศึกษา (Education)	ให้ความรู้เรื่องปัจจัยชีวภาพของระบบประสาท อาการและการดำเนินโรคแก่ผู้ปกครอง	โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา, แผ่นพับ, สื่อดิจิทัลต่างๆ หรือแอปพลิเคชันป้องกันซึมเศร้า	ผู้ปกครองมีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถดูแลเด็กวัยรุ่นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดอคติและความอับอายต่อโรค
3. การส่งเสริมทักษะการสื่อสาร (Communication Facilitator)	ฝึกทักษะการฟังเชิงรุก (Active Listening) และการสื่อสารเชิงบวกให้กับผู้ปกครอง และสมาชิกในครอบครัว	กิจกรรมกลุ่มครอบครัว บำบัด หรือบทบาทสมมติ (Role Play)	ลดความตึงเครียดและความขัดแย้งในบ้าน สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อเอื้อต่อความร่วมมือในการดูแล

บทบาทพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	เครื่องมือ/เทคโนโลยี	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
			รักษา และการดูแลตนเอง ที่ต่อเนื่องของวัยรุ่น
4. การจัดการด้านการ รักษา (Treatment Manager)	ติดตามความร่วมมือใน การรับประทานยา และให้ข้อมูลการรักษา ทางชีวภาพ	ตารางบันทึกการ รับประทานยา ช่องทางรับคำปรึกษา สาย ด่วนสุขภาพจิต 1323	รับประทานยาต่อเนื่องตาม แผนการรักษา ลดการหยุด ยาเอง
5. การเสริมพลัง ครอบครัว (Empowerment)	สนับสนุนทางด้านจิตใจ แก่ผู้ปกครอง เพื่อลด ความ รู้สึกผิดและความ เหนื่อยล้า	กลุ่มจิตบำบัด และการให้ เสริมแรงทางบวก	ครอบครัวมีความเชื่อมั่น และสามารถดูแลวัยรุ่นได้ ในระยะยาว
6. การป้องกันเชิงรุกใน ชุมชน (Prevention)	ค้นหากลุ่มเสี่ยงใน โรงเรียนและชุมชนเพื่อ เพิ่มปัจจัยปกป้อง	โปรแกรมป้องกันใน โรงเรียน, CBT แบบกลุ่มใน วัยรุ่น	ลดอัตราการเกิดผู้ป่วยราย ใหม่ และลดอัตราการกลับ เป็นซ้ำในวัยรุ่น

สรุป

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กวัยรุ่น ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การรักษาภาวะซึมเศร้า มีทั้งการรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือการรักษาด้วยการกระตุ้นสมองแบบ Repeated transcranial magnetic stimulation (rTMS) ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหากไม่ได้รับการป้องกัน ดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจมีโอกาสดำเนินเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงแนวทางป้องกันและการรักษาภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ปกครอง ครอบครัวตั้งแต่การประเมินความ

เข้าใจ การให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การสนับสนุนด้านการรักษา การเสริมพลังครอบครัว ไปจนถึงการติดตามประเมินผล การดำเนินงานเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ปกครองมีทักษะ ความมั่นใจ และพลังในการดูแลบุตรอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อพัฒนาการการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ สำหรับเด็กวัยรุ่น อีกทั้งอาจทำให้เกิดปัญหาการใช้สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่สำคัญคือทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กวัยรุ่น ดังนั้น ในฐานะพยาบาลจิตเวช ควรผลักดันให้เกิดการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับ

ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่ทันสมัย เหมาะสมกับเด็กวัยรุ่น สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันป้องกันซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น โดยสอดแทรกเนื้อหา เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านพันธุกรรม สาเหตุ การรักษา การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตัวเอง การสังเกตอาการ เนื้อหาสาระเกี่ยวกับการส่งเสริมปัจจัยด้านบวกที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต เช่น การจัดการความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ ความเข้มแข็งในการมองโลก ทักษะการแก้ปัญหา เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น นอกจากนี้ควรมีระบบในการสนับสนุนระดับประจักษ์จิตใจ ผู้ปกครองเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีช่องทางเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกเชิงบวก

การป้องกันและจัดการกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น รวมถึงวิธีการลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลและครอบครัว ช่องทางติดต่อบุคลากรทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลเมื่อต้องการแหล่งช่วยเหลือดูแล เป็นต้น อย่างไรก็ตามการขอความร่วมมือจากทางภาครัฐในการสนับสนุนงบประมาณหรือการวางแผนให้คำแนะนำกับชุมชนร่วมถึงการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในพื้นที่ชุมชนอาจทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น ดังนั้นปัญหาสุขภาพจิตของคนในประเทศไม่ใช่เรื่องเล็กน้อยภาครัฐจึงควรที่จะผลักดันและร่วมแรงใจกับภาคประชาชนในการรับมือ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (2564). *แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2567, 10 มีนาคม). *ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นพุ่ง! เลี่ยงซึมเศร้า 10.86% ด้าน รพ.สวนปรุง ขยายบริการ*. เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2024/03/29956>
- ตฤณลา จำปาวัลย์. (2560). *แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา*. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 2(2), 1-11. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jbp/article/view/242954/164619>
- นันทกัต ชนะพันธ์. (2563). *ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 32(1), 75-88. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/249631/169530>
- ปรานี ปวีณชนา. (2567, 21 สิงหาคม). *การดำเนินของโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น*. ระบบให้คำปรึกษาและพัฒนาผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองเด็กและผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว. <https://www.oscc.consulting/media/283>
- เมธีรัตน์ มั่นวงศ์. (2560). *ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มโดยใช้วิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการติดต่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต ไม้ได้ดีพิมพ์]*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุไวยอง. (2559). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. สแกนอาร์ต.
- รัตติกาล ศรีงาม และ สุดาพร สติยทุทธกา. (2568). *บทบาทพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรค*. *แพทยสารทหารอากาศ*, 71(1), 9-20.

- ลัดดาพร เทพสวน. (2568). การศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การศึกษาภาคตัดขวางในโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*, 22(3), 191-200.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2564). *จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นในเวชปฏิบัติ Child and Adolescent Psychiatry in Clinical Practice* (พิมพ์ครั้งที่2). บริษัท พี.เอ.อีฟวิ่ง จำกัด.
- ศญาดา ด่านไทยวัฒนา. (2565). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกับบทบาทอาจารย์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College*, 1(2), 54-64.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2561). *คู่มือปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า : สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ตามแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า*. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. <https://dmh-elibrary.org/items/show/313>
- สมดี อนันต์ปฏิเวช, ธัญญารักษ์ แสงบุญไทย, และ สุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2565). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น : การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต PREVENTION OF ADOLESCENT DEPRESSION: STRENGTHENING RESILIENCE. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, (14)2, 389-398.
- สมรทิพย์ วิภาวนิช. (2567). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*(18), 72-82.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2568,1 มกราคม). *เด็กไทยป่วยซึมเศร้าสูง 2.2 พันคนต่อประชากรแสนคน มีหน้าซ้ำเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิต. เจาะลึกระบบสุขภาพ*. <https://www.hfocus.org/content/2025/01/32784>
- อชิญา สุขธรรมรัตน์ และ ณัฐสุดา เต้พันธ์. (2566). ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า : การศึกษาเชิงคุณภาพ. *Journal of Mental Health of Thailand*, 31(1), 22-36.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2019). *Depression: Parents' medication guide*. AACAP. <https://www.aacap.org>
- Kemp, & Zhiyun Jia. (2023). Gray matter alterations in adolescent major depressive disorder and adolescent bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 325, 550-563. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032723000599?via%3Dihub>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Depression in children and young people: Identification and management (NICE Guideline NG134)*. NICE. <https://www.nice.org.uk>
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *The Lancet*, 400 (10352), 617–631. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00926-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00926-8)
- Poshakrishna, P., Khanto, O., Chumsong, K., & Taweewat, N. (2026). Ecotourism as an Alternative Therapeutic Space for Emotional Well-being in Contemporary Society. *Journal of Dhamma for Life*, 32(1), 456–466.
- Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. C., Schwartz, K. T. G., & Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 11–43.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา

PREDICTORS OF FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASES IN INDIGENOUS AND ETHNIC COMMUNITIES, PHAYAO PROVINCE

กรกมล แสงโสภา, กมลชนก รักนาค, กรกวิภา บุญต่อ, กฤตยา ยินดี, ชนิตา มีชัย, ชุตินา ปรีक्षा,
ปนัดดา ยาอุด, เนตรนภา พรหมมา*

Konkamon Sangsoda, Kamonchanok Raknak, Kronwika Boontor, Krittaya Yindee, Chanida Meechai,
Chutima Prueksa, Panadda Ya-ud, Natnapa Promma*

สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Department of Community Health, School of Public Health, University of Phayao

*Corresponding author E-mail: natnapa.pr@up.ac.th

Received: 24 Oct., 2025

Revised: 23 Feb., 2026

Accepted: 5 Mar., 2026

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา จำนวน 384 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มชุมชนพื้นเมือง (ร้อยละ 69.5 และ 46.1 ตามลำดับ) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 2.11; 95%CI = 1.31–3.40, $p = 0.002$) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (AOR = 0.57; 95%CI = 0.35–0.92, $p = 0.021$) กลุ่มชาติพันธุ์ (AOR = 2.26; 95%CI = 1.42–3.60, $p = 0.001$) ทักษะการบริโภคอาหารที่ดี (AOR = 0.37; 95%CI = 0.23–0.59, $p < 0.001$) และการได้รับปัจจัยเสริมที่เหมาะสม (AOR = 0.31; 95%CI = 0.11–0.89, $p = 0.030$) ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 18.6 และมีความสามารถในการพยากรณ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 54.7 ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์ โดยเน้นการปรับทัศนคติ การเสริมปัจจัยเกื้อหนุนจากครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยทางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; กลุ่มชุมชนพื้นเมือง; กลุ่มชาติพันธุ์

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the predictors of food consumption behaviors among patients with non-communicable diseases (NCDs) in indigenous and ethnic communities in Phayao Province. The sample consisted of 384 patients with NCDs from indigenous and ethnic communities in Phayao Province. Data were collected through interviews and analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and multiple logistic regression analysis. The results revealed that ethnic groups had a higher proportion of inappropriate food consumption behaviors than indigenous communities (69.50% and 46.09%, respectively). The predictors of inappropriate food consumption behaviors among patients with NCDs in indigenous and ethnic communities included being female (AOR = 2.11; 95% CI = 1.31–3.40, $p = 0.002$), being older than 60 years (AOR = 0.57; 95% CI = 0.35–0.92, $p = 0.021$) belonging to an ethnic community (AOR = 2.26; 95% CI = 1.42–3.60, $p = 0.001$) having a positive attitude toward food consumption (AOR = 0.37; 95% CI = 0.23–0.59, $p < 0.001$) and receiving adequate enabling factors (AOR = 0.31; 95% CI = 0.11–0.89, $p = 0.030$). These five variables jointly explained 18.6% of food consumption behaviors and demonstrated a predictive accuracy of 54.7%. Therefore, healthcare service providers should develop culturally appropriate nutrition promotion programs for ethnic communities, focusing on improving attitudes, strengthening supportive factors from families and communities, and considering cultural and environmental influences to enhance the effectiveness of food consumption behavior modification.

Keywords: Food consumption behavior; Non-communicable diseases; Indigenous communities; Ethnic groups

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2024) โรคกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาล และ

ไขมันสูง ขณะที่ขาดผักและผลไม้เพียงพอ พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (World Health Organization [WHO], 2025) สถานการณ์ระดับโลกสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2567 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กว่า 41 ล้านคนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ (WHO, 2024) สำหรับประเทศไทย พบว่า

ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 9.5 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนอย่างมีนัยสำคัญ (Dulyapach et al., 2022; Chotruangnapa et al., 2024) เมื่อพิจารณาระดับภูมิภาค พบว่าพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทยมีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงเป็นลำดับต้น ๆ ของประเทศ โดยเฉพาะจังหวัดพะเยา ซึ่งข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (2568) ระบุว่าแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างต่อเนื่องเฉลี่ยร้อยละ 5-7 ต่อปี ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารรสจัด เค็ม หวาน และมัน รวมถึงขาดกิจกรรมทางกายและการรับรู้ด้านโภชนาการ ที่ถูกต้อง สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยเชิงพฤติกรรมและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่นี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักสะท้อนถึงค่านิยมทางวัฒนธรรม ความเคยชิน และสภาพแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าผู้ป่วยมักยังคงบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและไขมันสูง หรือรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ และเยาวลักษณ์ รูปปัทม, 2565) ขณะที่งานวิจัยของ Promma (2025) ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง จังหวัดพะเยา พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านโภชนาการ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ และ

การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยทางวัฒนธรรมและโครงสร้างสังคมของชุมชนม้ง เช่น ความเชื่อดั้งเดิม ระบบเครือญาติ และข้อจำกัดด้านภาษา มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอว่าการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของชุมชน ควบคู่กับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เหมาะสมและยั่งยืน กลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดพะเยา เช่น ชาวพื้นเมืองบ้านต้า และชาวม้งบ้านสันติสุข มีวิถีชีวิตและรูปแบบการบริโภคอาหารที่เป็นเอกลักษณ์ โดยนิยมบริโภคอาหารพื้นบ้านที่มีรสเข้มข้น (Promma, 2025) ใช้วัตถุดิบจากธรรมชาติ และรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัวขนาดใหญ่ แม้วิถีดังกล่าวมีคุณค่าในด้านภูมิปัญญาอาหารท้องถิ่น แต่การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดการบริโภคอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารทอดมากขึ้น ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มประชากรนี้

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ของ Green & Kreuter (2005) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นการศึกษาปัจจัยนำ เช่น ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ และปัจจัยเสริม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในงานด้าน

ส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ซับซ้อนซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม ดังเช่นผลการศึกษาของ Sooampon & Sooampon (2024) สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดยชี้ให้เห็นว่า ความรู้ ทักษะ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากหลักฐานที่กล่าวมา สะท้อนถึงช่องว่างทางองค์ความรู้ในประเด็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในบริบทของกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตแตกต่างจากประชากรทั่วไป การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยดังกล่าวโดยใช้แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model เป็นกรอบวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนในจังหวัดพะเยา ทั้งนี้ ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานสาธารณสุขในการกำหนดนโยบายและมาตรการป้องกันโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา

วิธีการศึกษา

- 1) รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กับประชากรกลุ่มผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มชุมชนพื้นเมือง

ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยในบ้านต้า หมู่ที่ 11 ตำบลบ้านต้า อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา และกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ ชาวม้งที่อาศัยในบ้านสันติสุข หมู่ที่ 7 ตำบลขุนควรว อำเภอปง จังหวัดพะเยา เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม 2568

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา จำนวน 118,142 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ได้จำนวน 384 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นแรก สุ่มเลือก 2 อำเภอ จาก 9 อำเภอ (ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก) ได้แก่ อำเภอเมืองพะเยา (ชุมชนกลุ่มพื้นเมือง จำนวน 1 อำเภอ) และอำเภอปง (ชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ จำนวน 1 อำเภอ) ขั้นที่สอง สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 1 แห่ง (ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก) ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอเมืองพะเยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควรว อำเภอปง ขั้นที่สาม คัดเลือกแหล่งละ 1 หมู่บ้าน (หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้าใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ส่วนหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควรวใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เนื่องจากต้องเป็นชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์) ได้แก่ บ้านต้า หมู่ที่ 11 และบ้านสันติสุข หมู่ที่ 7 ขั้นที่สี่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบสะดวกจากผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงได้ในช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชน พื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ตำบลบ้านต้า อำเภอเมืองพะเยา	1,627	243
ตำบลขุนควร อำเภอปง	910	141
รวม	2,537	384

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคไขมันในเลือดสูง และอยู่ในระยะควบคุมโรคได้ มีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า อำเภอเมืองพะเยา หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควร อำเภอปง มีอายุระหว่าง 30–70 ปี ณ วันที่เก็บข้อมูล อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี และแสดงความยินยอมโดยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยพร้อมลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยโรคเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค และผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน เช่น ย้ายถิ่นฐานระหว่างการวิจัย หรือปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005) ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ BMI การศึกษา รายได้ สถานภาพ

สมรส ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร โรคประจำตัว การใช้สมุนไพร การตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่) เนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรและไม่ควรบริโภคสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน และตอบผิด 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ใช้มาตราส่วนประเมินค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert scale) เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะสลับกับเชิงบวก เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความขึ้นชอบต่อรสชาติ การเลือกรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับดี (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ใช้มาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบการให้คะแนนก็จะสลับกับเชิงบวก โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ รสชาติและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่เหมาะสม (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับเหมาะสม (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert scale) ลักษณะคำถามเชิงบวก เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบการให้คะแนนจะสลับกับเชิงบวก โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการเข้าถึงอาหาร ร้านค้าในชุมชน ราคาอาหาร การเข้าถึงสิทธิบริการทางสุขภาพ สภาพแวดล้อมชุมชน สื่อโซเชียลและการโฆษณา เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่เหมาะสม (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับเหมาะสม (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริม จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert scale) ลักษณะคำถามเชิงบวก เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบการให้คะแนนจะสลับกับ

เชิงบวก โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมอบรมด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดัดแปลงเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่เหมาะสม (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) และระดับเหมาะสม (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป)

4) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และอนามัยชุมชน ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00

4.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จำนวน 30 คน แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีค่าความเที่ยงตามสูตร KR-20 ของ Kuder & Richardson (1937) เท่ากับ 0.788 และแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ของ Cronbach (1951) เท่ากับ 0.794, 0.945, 0.748 และ 0.907 ตามลำดับ

5) การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านต้า อำเภอมะนัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควรว อำเภอปาง จังหวัดพะเยา โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อกำหนดวัน-เวลาเก็บข้อมูลให้ตรงกับวันนัดรับยาประจำของผู้ป่วย เพื่อลดการรบกวนการทำงานของหน่วยบริการ เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อราย หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ทางสถิติ

6) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ (เพศ อายุ BMI การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร โรคประจำตัว การใช้สมุนไพร การตรวจสุขภาพประจำปี) โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

6.2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าวแล้ว รายงานผลเป็นค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.3 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) รายงานผลเป็นค่า

Adjusted Odds Ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7) การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการ HREC-UP-HSST1.3/020/68 ลงวันที่ 29 มีนาคม 2568 คณะผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มชุมชนพื้นเมืองส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 ส่วนมากอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 72.0 ส่วนมากจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.0 ส่วนมากมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.9 ส่วนมากรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 79.0 มีดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำหนักเกิน มากที่สุด ร้อยละ 47.3 เกือบทั้งหมดไม่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 92.6 และไม่มีประวัติการแพ้อาหาร ร้อยละ 93.0 ส่วนมากไม่รับประทานอาหารเสริม ร้อยละ 63.0 ส่วนมากไม่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรค ร้อยละ 70.0 เกือบทั้งหมดตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 96.7 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 53.9 รายละเอียดดังตารางที่ 2

กลุ่มชาติพันธุ์ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 ส่วนมากอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 62.4

ส่วนมากจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.5 ส่วนมาก
มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.5 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือน
ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 80.1 มีดัชนีมวลกาย (BMI)
ระดับน้ำหนักเกิน มากที่สุด ร้อยละ 53.2 เกือบทั้งหมด
ไม่มีประวัติการแพ้ยาล ร้อยละ 91.5 และไม่มีประวัติ
การแพ้อาหาร ร้อยละ 97.2 ส่วนใหญ่ไม่รับประทาน

อาหารเสริม ร้อยละ 80.9 ส่วนใหญ่ไม่ใช้สมุนไพรใน
การรักษาโรค ร้อยละ 87.9 ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพ
ประจำปี ร้อยละ 85.8 และส่วนมากมีพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 69.5 รายละเอียด
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปและระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชน
พื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา (n=384)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มชุมชนพื้นเมือง (n=243)	กลุ่มชาติพันธุ์ (n=141)
เพศ		
ชาย	71 (29.2)	41 (29.1)
หญิง	172 (70.8)	100 (70.9)
อายุ		
≤ 60 ปี	68 (28.0)	53 (37.6)
> 60 ปี ขึ้นไป	175 (72.0)	88 (62.4)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	21 (8.6)	21 (14.9)
ประถมศึกษา	187 (77.0)	105 (74.5)
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	35 (14.4)	15 (10.6)
สถานภาพสมรส		
โสด	32 (13.1)	15 (10.6)
สมรส	126 (51.9)	98 (69.5)
หม้าย หย่า แยก	85 (35.0)	28 (19.9)
รายได้ต่อเดือน		
≤ 2,000 บาท	191 (78.6)	113 (80.1)
> 2,000 บาท ขึ้นไป	52 (21.4)	28 (19.9)
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ผอม	24 (9.9)	13 (9.2)
ปกติ	104 (42.8)	53 (37.6)
น้ำหนักเกิน	115 (47.3)	75 (53.2)
ประวัติการแพ้ยาล		
ไม่มี	225 (92.6)	129 (91.5)
มี	18 (7.4)	12 (8.5)
ประวัติการแพ้อาหาร		
ไม่มี	226 (93.0)	137 (97.2)
มี	17 (7.0)	4 (2.8)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มชุมชนพื้นเมือง (n=243)	กลุ่มชาติพันธุ์ (n=141)
การรับประทานอาหารเสริม		
รับประทาน	90 (37.0)	27 (19.2)
ไม่รับประทาน	153 (63.0)	114 (80.8)
การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค		
ใช้	74 (30.5)	17 (12.1)
ไม่ใช้	169 (69.5)	124 (87.9)
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจ	235 (96.7)	121 (85.8)
ไม่ตรวจ	8 (3.3)	20 (14.2)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		
เหมาะสม	131 (53.9)	43 (30.5)
ไม่เหมาะสม	112 (46.1)	98 (69.5)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา ได้แก่ ตัวแปรเพศ โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายมีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่าเพศหญิง 1.94 เท่า (Crude OR = 1.94; 95%CI: 1.26–3.07, $p = 0.003$) ตัวแปรอายุ โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (Crude OR = 1.31; 95%CI: 1.09–1.57, $p = 0.005$) ตัวแปรกลุ่มชุมชน โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มชุมชนพื้นเมืองมีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารเหมาะสมมากกว่ากลุ่มชาติพันธุ์ 2.67 เท่า (Crude OR = 2.67; 95%CI: 1.72–4.13, $p < 0.001$) ตัวแปรทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร โดยผู้ป่วยโรคไม่

ติดต่อเรื้อรังที่มีทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหาร มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ที่มีทัศนคติไม่ดี 0.35 เท่า (Crude OR = 0.35; 95%CI: 0.22–0.54, $p < 0.001$) และตัวแปรปัจจัยเสริม โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในระดับเหมาะสม มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ที่มีปัจจัยเสริมไม่เหมาะสม 0.34 เท่า (Crude OR = 0.34; 95%CI: 0.13–0.89, $p = 0.023$) ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ประวัติการแพ้ยา ประวัติการแพ้อาหาร การรับประทานอาหารเสริม การใช้สมุนไพร และการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชน
พื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา (n=384)

ปัจจัย	การบริโภคอาหาร		χ^2	df	p-value	Crude OR (95%CI)
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)				
เพศ						
ชาย	64 (57.1)	48 (42.9)	8.930	1	0.003	1.94 (1.26-3.07)
หญิง	110 (40.4)	162 (59.6)				
อายุ						
≤ 60 ปี	42 (34.7)	79 (65.3)	8.013	1	0.005	0.53 (0.34-0.82)
> 60 ปี ขึ้นไป	132 (50.2)	131 (49.8)				
การศึกษา						
ไม่ได้เรียน	16 (38.1)	26 (61.9)	0.991	1	0.319	0.72 (0.37-1.38)
ได้รับการศึกษา	158 (46.2)	184 (53.8)				
สถานภาพสมรส						
โสด หม้าย หย่า แยก	74 (46.3)	86 (53.7)	0.097	1	0.755	1.07 (0.71-1.60)
สมรส	100 (44.6)	124 (55.4)				
รายได้ต่อเดือน						
≤ 2,000 บาท	131 (43.1)	173 (56.9)	2.903	1	0.088	0.65 (0.39-1.07)
> 2,000 บาท ขึ้นไป	43 (53.8)	37 (46.3)				
ดัชนีมวลกาย BMI (kg/m²)						
ปกติ	90 (46.4)	104 (53.6)	0.184	1	0.668	1.09 (0.73-1.63)
น้ำหนักเกิน	84 (44.2)	106 (55.8)				
ประวัติการแพ้ยา						
มี	13 (43.3)	17 (56.7)	0.051	1	0.821	0.92 (0.43-1.94)
ไม่มี	161 (45.5)	193 (54.5)				
ประวัติการแพ้อาหาร						
มี	6 (28.6)	15 (71.4)	2.512	1	0.113	0.64 (0.18-1.22)
ไม่มี	168 (46.3)	195 (53.7)				
การรับประทานอาหารเสริม						
รับประทาน	54 (46.2)	63 (53.8)	0.048	1	0.826	1.05 (0.68-1.62)
ไม่รับประทาน	120 (44.9)	147 (55.1)				
การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค						
ใช้	47 (51.7)	44 (48.3)	1.932	1	0.165	1.39 (0.87-2.24)
ไม่ใช้	127 (43.3)	166 (56.7)				

ปัจจัย	การบริโภคอาหาร		χ^2	df	p-value	Crude OR (95%CI)
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)				
การตรวจสุขภาพประจำปี						
ตรวจ	160 (44.9)	196 (55.1)	0.268	1	0.605	0.82 (0.38-1.76)
ไม่ตรวจ	14 (50.00)	14 (50.00)				
กลุ่มชุมชน						
พื้นเมือง	131 (53.9)	112 (46.1)	19.738	1	< 0.001	2.67 (1.72-4.13)
ชาติพันธุ์	43 (30.5)	98 (69.5)				
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร						
น้อย	94 (45.8)	111 (54.2)	0.052	1	0.820	1.02 (0.85-1.23)
มาก	80 (44.7)	99 (55.3)				
ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร						
ดี	95 (36.8)	163 (63.2)	22.876	1	< 0.001	0.35 (0.22-0.54)
ไม่ดี	79 (62.7)	47 (37.3)				
ปัจจัยเอื้อ						
เหมาะสม	170 (45.2)	206 (54.8)	0.072	1	0.788	0.83 (0.20-3.35)
ไม่เหมาะสม	4 (50.0)	4 (50.0)				
ปัจจัยเสริม						
เหมาะสม	160 (43.9)	204 (56.1)	5.189	1	0.023	0.34 (0.13-0.89)
ไม่เหมาะสม	14 (70.0)	6 (30.0)				

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดพะเยา ได้แก่ ตัวแปรเพศ โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงมีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชาย 2.11 เท่า (AOR = 2.11; 95%CI = 1.31–3.40, p = 0.002) ตัวแปรโดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปี

ขึ้นไป โดยลดโอกาสลงร้อยละ 43.0 (AOR = 0.57; 95%CI = 0.35–0.92, p = 0.021) ตัวแปรกลุ่มชุมชน โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์มีโอกาสเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นกลุ่มชุมชนพื้นเมือง 2.26 เท่า (AOR = 2.26; 95%CI = 1.42–3.60, p = 0.001) ตัวแปรทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหารมีโอกาสเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีทัศนคติไม่ดี โดยลดโอกาสลงร้อยละ 63 (AOR = 0.37; 95%CI = 0.23–0.59,

$p < 0.001$) และตัวแปรปัจจัยเสริม โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับปัจจัยเสริมที่เหมาะสมมีโอกาสเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับปัจจัยเสริมไม่เหมาะสม โดยลดโอกาสลงร้อยละ 69 (Adjusted OR = 0.31; 95%CI =

0.11–0.89, $p = 0.030$) ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 18.6 และมีความสามารถในการพยากรณ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 54.7 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์หัตถถอยโลจิสติกระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา (n=384)

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	df	p-value	Adjusted OR (95% CI)
เพศ (ref=ชาย)	0.746	0.243	9.401	1	0.002	2.11 (1.31-3.40)
อายุ (ref < 60 ปี)	-0.566	0.245	5.333	1	0.021	0.57 (0.35-0.92)
กลุ่มชุมชน (ref=พื้นเมือง)	0.815	0.238	11.764	1	0.001	2.26 (1.42-3.60)
ทัศนคติ (ref=ดี)	-0.998	0.239	17.421	1	<0.001	0.37 (0.23-0.59)
ปัจจัยเสริม (ref=เหมาะสม)	-1.161	0.534	4.746	1	0.030	0.31 (0.11-0.89)
ค่าคงที่	0.158	0.295	0.288	1	0.591	

-2log likelihood = 471.298, Hosmer-Lemeshow test ($\chi^2 = 12.882$, $p=0.116$), Nagelkerke R² = 0.186, Percentage correct = 54.7%

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มชุมชนพื้นเมือง โดยกว่าครึ่งหนึ่งยังคงบริโภคอาหารไม่สอดคล้องกับแนวทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การจำกัดอาหารหวาน มัน เค็ม และการบริโภคผักผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานของกรมอนามัย (2566) ซึ่งระบุว่าประชาชนไทยมากกว่าร้อยละ 60 บริโภคผักผลไม้ไม่ถึงเกณฑ์ 400 กรัมต่อวัน และมีการบริโภคอาหารเค็มเกินค่ามาตรฐานเฉลี่ยถึง 1.8 เท่า สะท้อนให้เห็นว่าแม้ประเทศไทยจะมีนโยบายลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการยังมีข้อจำกัด (กรมอนามัย, 2566) ในบริบทสังคมวัฒนธรรม จังหวัดพะเยามีทั้งพื้นที่เมืองและชนบท

ซึ่งมีวิถีการบริโภคอาหารแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางส่วนยังคงพึ่งพาอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอดหรือเนื้อสัตว์แปรรูปจากตลาดท้องถิ่น ประกอบกับข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและเวลา ส่งผลให้มีแนวโน้มบริโภคอาหารสำเร็จรูปเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sooampon & Sooampon (2024) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยจำนวนมากเลือกอาหารจากความสะดวกมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มชุมชน ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร และปัจจัยเสริม ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ PRECEDE Model ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรเพศ พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงมีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sooampon & Sooampon (2024) ที่ระบุว่าเพศหญิงมักเผชิญข้อจำกัดด้านบทบาทและเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรอายุ โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยและการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Harnirattisai et al. (2024) อย่างไรก็ตาม การตีความควรพิจารณาข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุร่วมกับสำหรับกลุ่มชุมชน พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มชาติพันธุ์มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มชุมชนพื้นเมืองประมาณ 2.26 เท่า สะท้อนถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และโครงสร้างทางสังคมที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นบทบาทของบริบทชุมชนและวัฒนธรรมอาหารต่อการเลือกบริโภค (Beckmann et al., 2024) ส่วนตัวแปรทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารไม่ดี มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ PRECEDE Model ที่ระบุว่าปัจจัยนำ เช่น ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ เป็นพื้นฐานสำคัญของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Kim et al., 2022) นอกจากนี้ ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rakhshani et al. (2024) ที่เน้นบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สรุปผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มชุมชนพื้นเมือง ซึ่งอาจสะท้อนถึงอิทธิพลของบริบททางวัฒนธรรม วิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่ได้จำแนกพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามกลุ่มชาติพันธุ์ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ เพศ อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ ทัศนคติ และปัจจัยเสริมจากครอบครัวและชุมชน โดยเพศหญิงและการเป็นกลุ่มชาติพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขณะที่อายุมากกว่า 60 ปี ทัศนคติที่ดี และการได้รับปัจจัยเสริมที่เหมาะสมเป็นปัจจัยปกป้อง ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาจเป็นผลจากปัจจัยหลายมิติ และจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางส่งเสริมโภชนาการที่สอดคล้องกับบริบทชาติพันธุ์และพื้นที่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ PRECEDE model เป็นกรอบในการพัฒนากิจกรรม เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ การปรับทัศนคติ และการสร้างแรงสนับสนุนจากชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่กลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างยั่งยืน

1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการให้คำปรึกษาและ

สนับสนุนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการติดตามผลระยะยาว

1.3 หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพในราคาที่เหมาะสม เช่น การส่งเสริมให้ชุมชนบริโภคผักพื้นบ้านปลอดสาร หรือการรณรงค์ลดบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจค่านิยม ความเชื่อ และบริบททางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งจะช่วยให้สามารถออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2566). ข่าวประชาสัมพันธ์เรื่อง กรมอนามัยเผยคนไทยกินโซเดียม ‘เกินค่ามาตรฐาน เกือบ 2 เท่า’ จับมือ line man wongnai ส่งตรงเมนูสุขภาพและหวานน้อยส่งได้ถึงบ้าน. วันที่ 20 มกราคม 2566. สืบค้นจาก <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43277>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). (2568). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/pyo/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11>
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ และเยาวลักษณ์ รูปปัทม์. (2565). แนวโน้มอาหารและโภชนาการกับ NCDs. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์, กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2022/11/หนังสือแนวโน้มอาหารและโภชนาการกับ-NCDs-1.pdf>
- Beckmann, A., Strassner, C., & Kwanbunjan, K. Thailand–How Far are We from Achieving a Healthy and Sustainable Diet?. Available at SSRN 4805890. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772368224001288>
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. McGraw-Hill.
- Chotruangnapa, C., Kunanon, S., Sukonthasarn, A., Srinonprasert, V., Beaney, T., Clarke, J., ... & Roubanthisuk, W. (2024). May Measurement Month 2021: an analysis of blood pressure screening results from Thailand. *European Heart Journal Supplements*, 26(Supplement_3), iii90–iii92. <https://doi.org/10.1093/eurheartjsupp/suae062>

2.2 ควรวิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการส่งเสริมโภชนาการตามแนวคิด PRECEDE–PROCEED Model ที่เหมาะสมทั้งในกลุ่มชุมชนพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่สนับสนุนด้านวิชาการและระเบียบวิธีวิจัย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนควร จังหวัดพะเยา ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลภาคสนาม และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกท่านที่ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้

- Cronbach Lee J. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Dulyapach, K., Ngamchaliew, P., Vichitkunakorn, P., Sornsenee, P., & Choomalee, K. (2022). Prevalence and associated factors of delayed diagnosis of type 2 diabetes mellitus in a Tertiary Hospital: A Retrospective Cohort Study. *International Journal of Public Health*, 67, 1605039. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9742202/?utm>
- Kuder G. F. & Richardson M. W. (1937). *The theory of the estimation of test reliability*. *Psychometrika*, 2(3), 151-160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill. <https://www.lgreen.net/precede-proceed>
- Harnirattisai, T., Vuthiarpa, S., Pawloski, L. R., Curtin, K. M., Blackwell, E., Nguyen, J., & Bourgeois, S. M. (2024). Nutritional health risk (food security) in Thai older adults and related factors. *Nutrients*, 16(16), 2703. <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/16/2703>
- Kim, J., Jang, J., Kim, B., & Lee, K. H. (2022). Effect of the PRECEDE-PROCEED model on health programs: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 11(1), 213. <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-02092-2>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Promma N. (2025). Prevalence and risk factors associated with hypertension among the Hmong people in Phayao Province, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 23(1), 40-56. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/AIHD-MU/article/view/271046>
- Rakhshani, T., Tahmasebi, Z., Ghahremani, L., Kamyab, A., & Khani Jeihooni, A. (2024). *The effect of educational intervention based on the PRECEDE-PROCEED model on self-care behaviors and quality of life of hypertensive patients*. *Frontiers in Public Health*, 12, 1410843. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2024.1410843>
- Sooampon, S., & Sooampon, S. (2024). Voices of Thai Patients With Non-Communicable Diseases Towards Healthy and Ready Meal Products: A Mixed-Methods Research. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241293688. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39478955/>
- World Health Organization. (2024). Fiscal policies to promote healthy diets: WHO guideline. In *Fiscal policies to promote healthy diets: WHO guideline*. สืบค้นจาก <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091016>
- World Health Organization. (2025). Noncommunicable diseases. สืบค้นจาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases?utm>

การพัฒนารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คลินิกชะลอไต โรงพยาบาลพัทลุง

THE DEVELOPMENT OF PHARMACEUTICAL CARE FOR CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS IN THE SLOW PROGRESSION CHRONIC KIDNEY DISEASE CLINIC, PHATTHALUNG HOSPITAL

รัชดา ปราบกรี้

Ratchada Prabgree

งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง
Ambulatory Care Service, Pharmacy Department, Phatthalung Hospital
Corresponding author E-mail: dadadokdak9@gmail.com

Received: 22 Nov., 2025

Revised: 16 Mar., 2026

Accepted: 23 Mar., 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยา ประเมินรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม และพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คลินิกชะลอไต โรงพยาบาลพัทลุง โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาการใช้ยาและรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วย จำนวน 90 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 60 คน โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติ Paired T-Test เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการดำเนินงาน ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบปัญหาในการใช้ยาทั้งหมด 69 ปัญหา (ร้อยละ 76.67) โดยปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 35 ปัญหา (ร้อยละ 38.89) รองลงมา ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสมจำนวน 18 ปัญหา (ร้อยละ 20.00) การศึกษาในระยะที่ 2 ทำให้ได้การบริบาลทางเภสัชกรรมเต็มรูปแบบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD-PTL MODEL) ร่วมกับโปรแกรมกิจกรรมบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก และระบบการส่งต่อข้อมูลการบริบาลทางเภสัชกรรม ระยะที่ 3 หลังการใช้รูปแบบดังกล่าว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการทำงานของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.01$) นอกจากนี้ ปัญหาการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผลลดลงจาก 50 ปัญหา (ร้อยละ 83.33) ลดลงเหลือ 19 ปัญหา (ร้อยละ 31.67) สรุปการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทำให้เพิ่มความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาที่ถูกต้อง ลดปัญหาในการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผล ส่งผลให้สามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; บริบาลทางเภสัชกรรม; ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Abstract

This research aimed to study medication use related problems, evaluate, and develop a pharmaceutical care model for chronic kidney disease patients in the slow progression chronic kidney Disease Clinic, Phatthalung Hospital. Method: This study using a three - phase research and development process: (1) Studied the incidence of medication use related problems and the current pharmaceutical care model in 90 CKD participants. (2) Development of a new pharmaceutical care model for CKD patients. (3) Evaluation of the developed pharmaceutical care model in 60 participants. Data were collected using questionnaires. General data were analyzed using Percentage, Mean, and Standard Deviation. Clinical Outcomes and Patient Outcomes before and after the intervention was compared using the paired t-test. Results: In Phase 1, a total of 69 medication use related problems were identified (76.67%). The most common issue was medication non-compliance 35 problems (38.89%). The second most common issue was improper medication use selection 18 problems (20.00%). Phase 2 resulted in the development of a full scale pharmaceutical care model for CKD patients (CKD-PTL MODEL) with a outpatient pharmaceutical care recording program and a pharmaceutical care referral system. In Phase 3, after implementing the CKD-PTL model found that the sample group had a statistically significant increase in mean glomerular filtration rate (eGFR) ($p=0.007$). Mean of medication adherence, knowledge about medications, and understanding of chronic kidney disease significantly improved ($p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.01$). In addition, the number of problems involving irrational medication use decreased from 50 problems (83.33%) to 19 problems (31.67%). Conclusion: The development of the pharmaceutical care model for chronic kidney disease patients enhanced medication knowledge and adherence to correct medication use, and reduced problems related to irrational medication use. This can help slow progression in CKD disease patients.

Keywords: Model development; Pharmaceutical care chronic kidney; Disease patients

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากเป็นภาวะคุกคามสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมาก ประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคไตทั่วโลกมีอยู่ราว 843.6 ล้านคน (Kovesdy, 2022) โดยอุบัติการณ์ ความชุกและการดำเนินของโรคแตกต่างกันออกไปใน

แต่ละประเทศ ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ในเพศหญิง สูงกว่าเพศชาย โดยมีผู้ป่วยเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ 14.9 และเพศชายร้อยละ 12.3 (Kasbekar & Ambizas, 2021) สำหรับประเทศไทย การประมาณความชุกของโรคไตเรื้อรังจากโครงการ Thai-SEEK Project โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่าในประชากร

3,459 ราย อายุเฉลี่ย 45.2 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.5 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 626 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.5 (Ingsathit et al., 2010)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เช่น ยารักษาภาวะแทรกซ้อนทางไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems, DRPs) ได้หลายประการ ซึ่งปัญหาจากการใช้ยาสามารถแก้ไขได้โดยเภสัชกร นอกจากนี้ การให้ความรู้โดยเภสัชกรยังทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองมากขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี มีความรู้เรื่องโรค ซึ่งส่งผลให้ช่วยชะลอความเสื่อมของไต ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Al Raiisi et al., 2019)

โรงพยาบาลพัทลุง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ ในปี 2565 2566 และ 2567 มีจำนวน 873 ราย 1,047 ราย และ 1,185 ราย ตามลำดับ ผลการปฏิบัติงานคลินิกชะลอไต พบว่าปัญหาการใช้ยาก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยพบ ร้อยละ 44.45 47.24 และ 50.92 ตามลำดับ โดยในปี 2567 พบว่าเภสัชกรให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 491 ครั้ง พบปัญหาการใช้ยาสูงถึง 250 ครั้ง โดยพบผู้ป่วยใช้ยาไม่สม่ำเสมอมากที่สุด และพบปัญหาการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตผู้ป่วยซึ่งส่งผลต่อการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง และเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยขาดยาและหยุดยาเอง 28 ครั้ง ด้วยปัญหาการใช้ยาที่พบจำนวนมากและมีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตของผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ในคลินิกชะลอไตเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 71.21 ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุ

อาจมีปัจจัยส่งเสริมที่อาจทำให้ใช้ยาไม่ถูกต้อง เช่น ปัญหาด้านสายตา การหลงลืม จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง ผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยมีการศึกษาและติดตามผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นต้นไป พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลง แสดงให้เห็นว่าการจัดการโดยเภสัชกรสามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการบริหารทางเภสัชกรรมของ (Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC, 2012) ได้กล่าวว่ากระบวนการบริหารผู้ป่วยทางเภสัชกรรม มีขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปัญหาด้านภาวะสุขภาพและปัญหาการใช้ยาหรือปัญหาการบำบัดรักษาด้วยยาของผู้ป่วย การกำหนดแผนการบริหารทางเภสัชกรรม และการติดตามและประเมินผลการบริหารเภสัชกรรม จึงเป็นที่มาของการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้อง มีความรู้ในการดูแลตัวเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและชะลอการดำเนินโรคสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต อันจะเป็นประโยชน์ทั้งในแง่การเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ รวมถึงประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดภาระในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาปัญหาการใช้ยาและรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- 2) พัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมและนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

3) ประเมินผลรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 - 30 กันยายน 2568 แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาการใช้ยาและประเมินรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 5 ร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกชะลอไต โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 849 คน ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 - 30 มกราคม 2568 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 6 คน ประกอบด้วย แพทย์อายุรศาสตร์เฉพาะทางโรคไตเรื้อรัง 1 คน เภสัชกรประจำคลินิกชะลอไต 1 คน เภสัชกรประจำคลินิกล้างไตทางช่องท้อง 1 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2 คน และนักโภชนาการ 1 คน กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อ้างอิงจากการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกัน (ชุตานันท์ สมภูมิ, 2566) ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร (sample size estimation for single proportion) ได้กลุ่มตัวอย่าง 70 ราย สำหรับงานวิจัยนี้เพื่อการสุ่มหายระหว่างการศึกษาร้อยละ 28 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย ใช้วิธีคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายวิธีการจับฉลากเกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังระยะ 3-5 ตามเกณฑ์การแบ่งระยะโรค

KDIGO 2022 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยขาดนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะโรคร่วม และระยะของโรคไตเรื้อรัง ข้อคำถามจะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาการใช้ยา งานวิจัยนี้แบ่งตาม The American Society of Health System Pharmacists (ASHP) มีจำนวน 9 ประเภท ดังนี้ ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ ผู้ป่วยได้รับที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยได้รับยารับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ และปัญหาอื่น ๆ

ชุดที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การประเมินรูปแบบการให้บริหารทางเภสัชกรรม ระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในวิชาชีพเภสัชกรรม และทีมสหสาขาวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้ออกแบบเครื่องมือเพื่อประเมินรูปแบบการให้บริหารทางเภสัชกรรมและนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาความถูกต้อง ความครบถ้วนของเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.60 - 1.00 แล้วจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุง

แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า ICVI เท่ากับ 0.94

2) ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำไปทดลองสอบถามกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach,1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และการขออนุญาตเก็บข้อมูล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 - 30 มกราคม 2568

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบเดิม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ทีมวิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 - 30 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) การสร้างรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.1 ผู้วิจัยรวบรวมผลการศึกษาในระยะที่ 1 ศึกษาแนวความคิดการบริบาลทางเภสัชกรรมและทบทวน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม

1.2 ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักโภชนาการ จำนวน 6 คน โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล จัดทำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และพัฒนาระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

1.3 ได้ร่างรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2) การนำร่างรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไปใช้ทดลองกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568-28 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 30 คน

3) ผู้วิจัยนำผลการทดลองใช้รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาประเมินผลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งแก้ไขและปรับปรุงรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามข้อเสนอแนะเพื่อนำไปทดลองใช้จริง

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 - 30 สิงหาคม 2568 จำนวน 1,192 ราย

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test: $1-\beta$) = 0.95 ขนาดอิทธิพล

ของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อตัวแปรตาม (Effect size) ขนาดกลาง = 0.5 (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 54 ราย เพื่อการสุ่มหายระหว่างการศึกษาร้อยละ 10 ได้ 6 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายวิธีการจับฉลาก

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังระยะ 3-4 ตามเกณฑ์การแบ่งระยะโรคของ KDIGO 2022 ร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ป่วยผิวดำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะโรคร่วม และระยะของโรคไตเรื้อรัง ข้อคำถามจะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้เรื่องยา จำนวน 10 ข้อ ได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามจากวิทยานิพนธ์เรื่องผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าศาลา (พัชนี นวลช่วย, 2555) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลการวัดจากคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยระดับต่ำมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (< 6 คะแนน) ระดับปานกลางมีคะแนนร้อยละ 60 - 79 (6-8 คะแนน) และระดับสูงมีคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 การประเมินความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามจาก

วิทยานิพนธ์เรื่องผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าศาลา (พัชนี นวลช่วย, 2555) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลการวัดจากคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง โดยระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (< 6 คะแนน) ระดับปานกลางมีคะแนนร้อยละ 60-79 (6-8 คะแนน) และระดับสูงมี คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (8 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 8 ข้อ ได้ขออนุญาตใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais ; MAST) แปลผลดังนี้ ระดับความร่วมมือดี (>34 คะแนน) และระดับความร่วมมือไม่ดี (≤34 คะแนน) (กมลชนก จงวิไลเกษม, 2020)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินปัญหาการใช้ยา แบ่งตาม The American Society of Health System Pharmacists (ASHP) มีจำนวน 9 ประเภท ดังนี้ ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ ผู้ป่วยได้รับที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับยาที่ต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ และปัญหาอื่น ๆ

2) เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย การส่งตรวจค่าการทำงานของไต (eGFR) ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และค่า Fasting Blood Sugar (FBS) ซึ่งได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลพัทลุง

3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) แบบวัดความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรังใช้แบบสอบถามจากวิทยานิพนธ์ของพัชนี นวลช่วย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 32 ราย วิเคราะห์ค่าความยากง่าย และอำนาจจำแนก มีค่าระหว่าง 0.3 - 0.8 และหาความเที่ยงโดยวิธีของ Kuder - Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ 0.7

2) แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thais ; MAST) ซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และการขออนุญาตเก็บข้อมูลดำเนินการก่อนและหลังเข้าร่วมงานวิจัย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 - 30 สิงหาคม 2568

2) ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย โดยการตรวจเลือดเพื่อติดตามค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) Fasting Blood Sugar (FBS) และตรวจความดันโลหิต เก็บข้อมูลการรักษาครั้งล่าสุดภายใน 6 เดือน ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วมการศึกษา หรือข้อมูลการรักษา ณ วันที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา และติดตามผู้ป่วย 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1-3 เดือน โดยให้การบริบาลเภสัชกรรมทุก visit และประเมินผลเปรียบเทียบ visit ที่ 1 กับ visit ที่ 3 ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 - 30 สิงหาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาในการใช้ยา

2) สถิติเชิงวิเคราะห์ เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมโดยใช้การทดสอบแบบแตกต่างกันแบบจับคู่ (Paired Sample T-Test) กรณีที่มีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนค่า HbA1c และ Fasting Blood Sugar ใช้สถิติ Wilcoxon's Sign Rank-Test เนื่องจากมีอาการแจกแจงที่ไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล พัทลุง เลขที่การรับรอง 33/2567 วันที่รับรอง 21 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

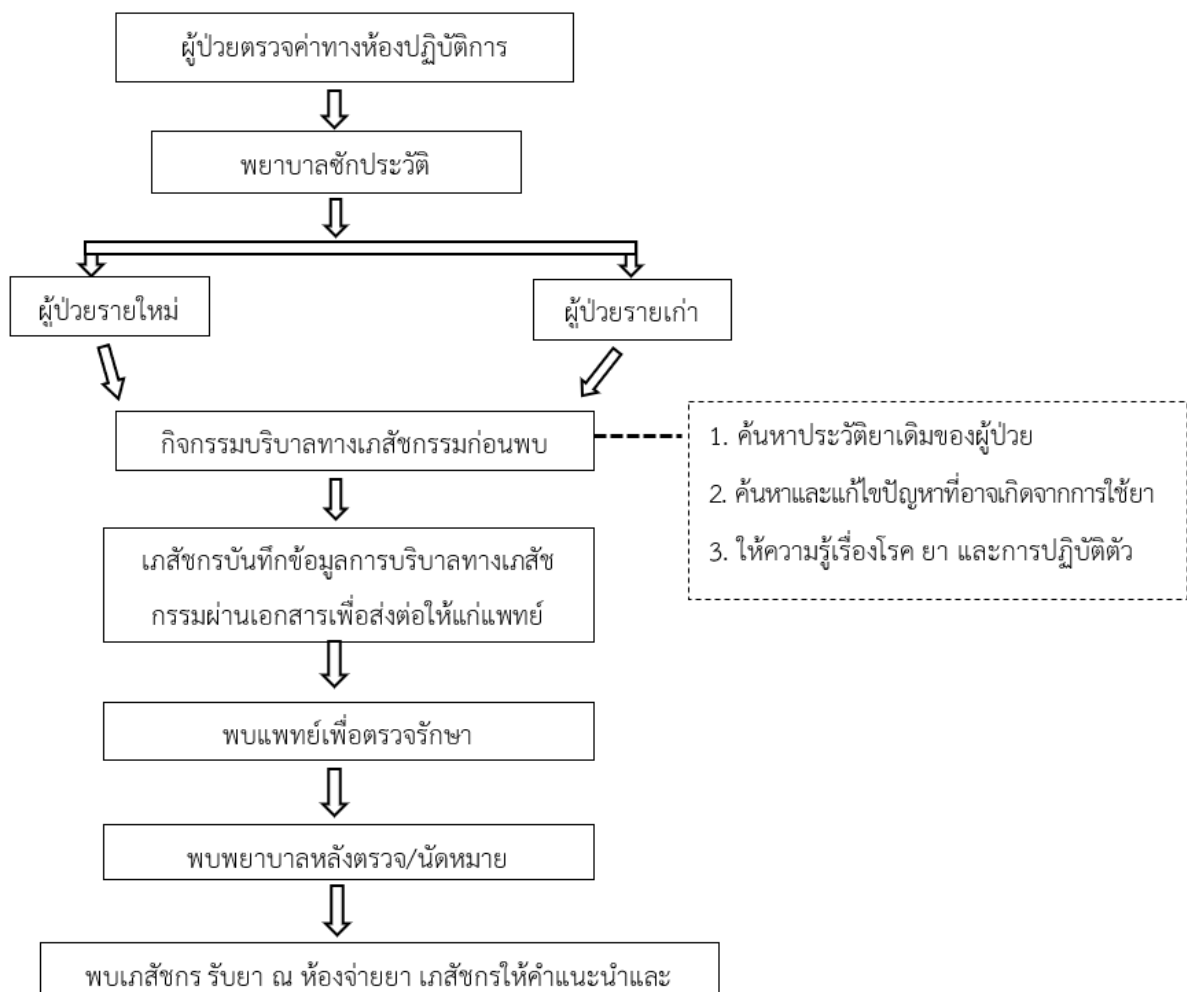
ระยะที่ 1 ผลศึกษาปัญหาการใช้ยาและรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน พบว่า มีปัญหาการใช้ยา (DRPs) จำนวน

57 คน จำนวน 69 ครั้ง (ร้อยละ 76.67) โดย DRPs ที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง 35 ครั้ง (ร้อยละ 38.89) มีสาเหตุมาจากลืมรับประทานยา ขาดความรู้ ได้รับยาหลายชนิดทำให้สับสนวิธีใช้ และจดจำวิธีใช้ยาแบบเดิม รองลงมาคือ ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสม 18 ครั้ง (ร้อยละ 20.00) และเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 10 ครั้ง (ร้อยละ 11.11)

ผลการวิเคราะห์รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมจากทีมสหวิชาชีพ จำนวน 6 คน ประกอบด้วย แพทย์อายุรศาสตร์เฉพาะทางโรคไตเรื้อรัง 1 คน เภสัชกรประจำคลินิกชะลอไต 1 คน เภสัชกรประจำคลินิกล้างไตทางช่องท้อง 1 คน พยาบาลผู้จัดการรายการยา 2 คน และนักโภชนาการ 1 คน พบว่า รูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมแบบเดิมมีเฉพาะการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมก่อนพบ

แพทย์ซึ่งประกอบด้วย 1) การเชื่อมต่อประสานรายการยา 2) การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและเรื่องยา 3) การค้นหาและแก้ไขปัญหการใช้ยา 4) การสื่อสารกับแพทย์ผ่านเอกสาร ดังแสดงในรูปที่ 1 โดยประเด็นที่ควรพัฒนามี ดังนี้ 1) เพิ่มความครอบคลุมของกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรม ได้แก่ การประเมินความรู้ของผู้ป่วยหลังให้คำแนะนำ การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา กิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมหลังผู้ป่วยพบแพทย์ 2) การเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลให้แก่สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกรงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เภสัชกรชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน 3) การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านเทคโนโลยี ได้แก่ ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรม ระบบแจ้งเตือนค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ



รูปที่ 1 การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรูปแบบเดิม

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากงานวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาระบบสารสนเทศและสร้างการบริหารทางเภสัชกรรมเต็มรูปแบบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD-PTL MODEL) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การพัฒนาระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย การพัฒนาโปรแกรม intranet สำหรับเภสัชกร ดังนี้

1.1 โปรแกรมกิจกรรมการให้บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care Program) มี 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นรายละเอียดกิจกรรมการบริบาลฯ ส่วนที่ 2 เป็นปัญหาและการแก้ไขปัญหาการใช้ยา รวมถึงระบบการติดตามปัญหาการใช้ยาในครั้งถัดไป สามารถทำรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดของแต่ละคลินิก

1.2 พัฒนาระบบแจ้งเตือนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โปรแกรมจ่ายยาของเภสัชกร

1.3 พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม เช่น การส่งต่อเภสัชปฐมนูมิเพื่อเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ได้พัฒนาโปรแกรมคำสั่งยาของแพทย์ (PTL HOSP) ในระบบห้องตรวจสำหรับแพทย์และพยาบาลให้มี Pharmacist note เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสามารถเชื่อมต่อข้อมูลกับโปรแกรมจ่ายยาของเภสัชกรทาง intranet

2) การบริหารทางเภสัชกรรมเต็มรูปแบบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD-PTL Model)

2.1 ขั้นตอนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในคลินิกชะลอไต มีดังนี้ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลซักประวัติ ผู้ป่วยพบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เภสัชกร พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และ

นักโภชนาการ ที่ห้องให้คำปรึกษาด้านยา พบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา พบเภสัชกรหลังพบแพทย์ รับคิวรับยา พร้อมกับใบนัดหมาย และรับยาที่ห้องยา

2.2 กิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การบริหารทางเภสัชกรรมก่อนผู้ป่วยพบแพทย์ได้เพิ่มกิจกรรมเพื่อให้ครอบคลุมขอบเขตการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกมากขึ้น ดังนี้ การประเมินความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรังหลังให้ความรู้ การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การส่งต่อข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อสื่อสารข้อมูลแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมในโปรแกรม ambulatory care และได้เพิ่มกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมหลังผู้ป่วยพบแพทย์ซึ่งจะเน้นการส่งเสริมการใช้ยาให้ถูกต้องและการติดตามผู้ป่วย โดยการบริหารทางเภสัชกรรมเต็มรูปแบบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีองค์ประกอบดังนี้

2.2.1 กิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมก่อนผู้ป่วยพบแพทย์ ได้แก่ ทบทวนประวัติการรักษาและการใช้ยา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง ค้นหาและแก้ไข DRPs การประเมินความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรังหลังให้ความรู้ การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การส่งต่อข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรมทาง Pharmacy Note ผ่านโปรแกรมสั่งใช้ยาของแพทย์ (PTL-HOSP) เพื่อสื่อสารข้อมูลแก่แพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเภสัชกรงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

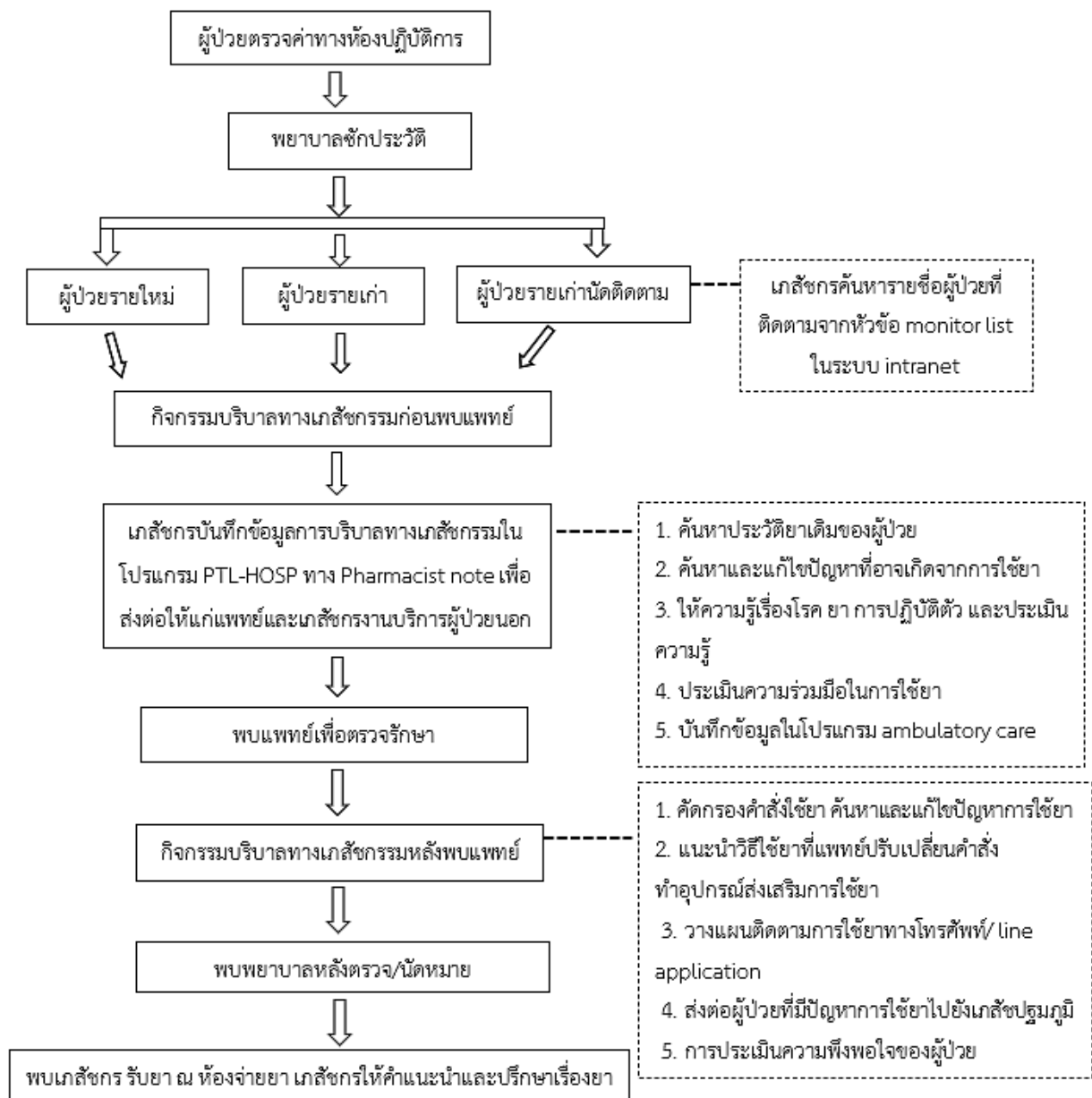
2.2.2 กิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรมหลังผู้ป่วยพบแพทย์ ได้แก่ คัดกรองคำสั่งใช้ยา ค้นหาและแก้ไข DRPs แนะนำวิธีใช้ยา โดยเน้นย้ำรายการยาที่แพทย์ปรับเปลี่ยนวิธีใช้ เพิ่ม หรือหยุดยา ทำอุปกรณ์

ส่งเสริมการใช้ยาโดยพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ตัวอย่างยาที่ต้องรับประทานใส่ซองแยกมือให้แก่ผู้ป่วยนำกลับบ้าน และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

2.2.3 บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Ambulatory care ซึ่งสามารถดึงข้อมูลเพื่อทำรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมประจำคลินิกชะลอไต กรณีผู้ป่วยที่มี DRPs สามารถค้างปัญหาดังกล่าวอยู่ในระบบ แสดงที่โปรแกรม

จ่ายยา และเภสัชกรประจำคลินิกสามารถค้นหารายชื่อผู้ป่วยที่ยังมี DRPs เพื่อติดตามต่อเนื่องเมื่อมารับบริการครั้งถัดไปได้

2.2.4 การติดตามและส่งต่อผู้ป่วยที่พบ DRPs ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ควรติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิดไปยังงานเภสัชกรรมปฐมภูมิเพื่อเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมแพทย์ประจำครอบครัว ผ่านระบบการส่งต่อข้อมูลการบริบาลทางเภสัชกรรม ร่วมกับการติดตามผู้ป่วยทางระบบโทรศัพท์หรือทาง line application



รูปที่ 2 การบริบาลทางเภสัชกรรมเต็มรูปแบบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD-PTL MODEL)

ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1) ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุโดยเฉลี่ย 69.87 ± 9.94 ปี ระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35 และโรคประจำตัว/โรคร่วมอื่น ๆ ส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิต ร้อยละ 76.67 และเมื่อติดตามค่าการทำงานของไต พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 61.67 เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และมีค่า eGFR เฉลี่ย 26.83 ± 7.87 mL/min/1.73m²

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องยา ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ความรู้เรื่องยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.67 (Mean = 5.25, S.D. = 1.79) หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมความรู้เรื่องยาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.33 (Mean = 7.95, S.D. = 1.81)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เรื่องยาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม (n=60)

ระดับความรู้	ความรู้เรื่องยา			
	ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหาร		หลังการพัฒนารูปแบบการบริหาร	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ต่ำ	34	56.67	6	10.00
ปานกลาง	22	36.67	19	31.67
สูง	4	6.67	35	58.33
	Mean = 5.25, S.D. = 1.79		Mean = 7.95, S.D. = 1.81	

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.33 (Mean = 4.85, S.D. = 1.76) หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.67 (Mean = 7.90, S.D. = 1.82)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม (n=60)

ระดับความรู้	ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง			
	ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริหาร		หลังการพัฒนารูปแบบการบริหาร	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ต่ำ	38	63.33	3	5.00
ปานกลาง	20	33.33	20	33.33
สูง	2	3.33	37	61.67
	Mean = 4.85, S.D. = 1.76		Mean = 7.90, S.D. = 1.82	

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 75.00 (Mean = 25.67, S.D. = 8.35) หลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมความร่วมมือในการใช้ยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.33 (Mean = 34.97, S.D. = 4.56)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม (n=60)

ระดับ	ความร่วมมือในการใช้ยา			
	ก่อนการพัฒนาารูปแบบการบริหาร		หลังการพัฒนาารูปแบบการบริหาร	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับไม่ดี (< 34 คะแนน)	45	75.00	10	16.67
ดี (≥ 34 คะแนน)	15	25.00	50	83.33
	Mean = 25.67, S.D. = 8.35		Mean = 34.97, S.D. = 4.56	

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการใช้ยา

ก่อนการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมพบปัญหาการใช้ยา (DRPs) จำนวน 50 ครั้ง (ร้อยละ 83.33) โดย DRPs ที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยได้รับที่ไม่เหมาะสม 30 ครั้ง (ร้อยละ 50.00) ส่วนหลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม DRPs ลงเหลือ 19 ครั้ง (ร้อยละ 31.67) โดยพบผู้ป่วยได้รับที่ไม่เหมาะสม 9 ครั้ง (ร้อยละ 15.00)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมพบว่า ค่าเฉลี่ย eGFR เพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.007) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับ Fasting Blood Sugar (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004, <0.01) แต่ค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เรื่องยา และความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01, <0.01, <0.01) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนาารูปแบบ บริหารทางเภสัชกรรม (Mean±S.D.)	หลังการพัฒนาารูปแบบ บริหารทางเภสัชกรรม (Mean±S.D.)	p-value
ผลลัพธ์ทางคลินิก			
eGFR (CKD-EPI) (mL/min/1.73m ²)	27.67 ± 7.96	30.06 ± 9.62	0.007*
Fasting Blood Sugar (FBS)	144 ± 74	125 ± 38.5	0.004*
HbA1c	7.55 ± 2.70	7.00 ± 2.55	<0.01*
Systolic Blood Pressure (mmHg)	148.27 ± 18.25	145.33 ± 12.56	0.243
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	84.97 ± 13.94	82.10 ± 8.0	0.11

ข้อมูล	ก่อนการพัฒนารูปแบบ บริหารทางเภสัชกรรม (Mean±S.D.)	หลังการพัฒนารูปแบบ บริหารทางเภสัชกรรม (Mean±S.D.)	p-value
ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย			
ความร่วมมือในการใช้ยา	25.67 ± 8.35	34.97 ± 4.56	<0.01*
ความรู้เรื่องยา	5.25 ± 1.79	7.95 ± 1.81	<0.01*
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง	4.85 ± 1.76	7.90 ± 1.82	<0.01*

หมายเหตุ : 1. $p\text{-value} < 0.05$, HbA1c และ Fasting Blood Sugar ใช้สถิติ Wilcoxon's Sign Rank-Test

2. * หมายถึง ผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การศึกษาปัญหาการใช้ยาและรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าปัญหาการใช้ยา (DRPs) ที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง 35 ครั้ง (ร้อยละ 76.67) สาเหตุลึกลับประทานยา ขาดความรู้ ได้รับยาหลายชนิดทำให้สับสนวิธีใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พิมพการ (2566) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องผลการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1-4 โรงพยาบาลพรหมคีรี พบผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งมากที่สุด สาเหตุจาก ลืมกินยา ปรับลดขนาดยาเอง และไม่อ่านฉลากยา ส่วนรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบเดิมพบว่ามีประเด็นควรพัฒนาดังนี้ ความครอบคลุมของกิจกรรมบริหาร การเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลให้แก่สหสาขาวิชาชีพ การติดตามผู้ป่วยและด้านเทคโนโลยี จึงได้พัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD-PTL Model) ร่วมกับพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก และระบบการส่งต่อข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม ผลการนำรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมเต็มรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าเฉลี่ยการทำงานของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ พานทอง (2561) ซึ่งได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยบูรณา

การจากรูปแบบการดูแลโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการครองของไตเพิ่มขึ้นหลังเข้าโปรแกรม และระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิต SBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยพบว่า ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.01$) หลังการพัฒนารูปแบบการบริหารฯ นอกจากนี้พบปัญหาการใช้ยาลดลงจาก 50 ครั้ง (ร้อยละ 83.33) เหลือ 19 ครั้ง (ร้อยละ 31.67) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชนี นวลช่วย (2555) ซึ่งได้ศึกษา การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต พบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรค ยา และพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมเฉลี่ยก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมมีการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากการบริหารทางเภสัชกรรมแบบเดิม เป็นการบริหารทางเภสัชกรรมเต็มรูปแบบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD-PTL MODEL) ร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก และระบบการส่งต่อข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม ส่งผลให้ค่าการทำงานของไต (eGFR) ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เรื่องยาและโรคไตเรื้อรัง เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ปัญหาการใช้ยาลดลง ส่งผลให้สามารถช่วย

ชะลอการเสื่อมของไตสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งต้อง
เข้ารับการบำบัดทดแทนไต

ข้อเสนอแนะ

1) ควรศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วย
โรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในระยะ
ที่ยังไม่มีภาวะไตเสื่อม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
และป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การทำวิจัยครั้งต่อไป การประเมินการบริหาร
ทางเภสัชกรรมด้านผลลัพธ์ทางคลินิกควรมีการติดตาม
ผลตรวจด้านอื่นร่วมด้วย เช่น ค่าครีเอตินิน ค่าไขมันใน
เลือด และผลตรวจค่าเกลือแร่ต่าง ๆ และควรเพิ่ม
ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปรับปรุง
และพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมได้
เหมาะสมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก จงวิไลเกษม, และสงวน อภิชาติเกรียงไกร. (2020). การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา สำหรับคน
ไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 9(3), 17–30.
- ชุตานันท์ สมภูมิ. (2566). ผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาล
ชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์. *วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 16(2), 32-46. [https://he02.tci-
thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/262379/179755](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/262379/179755)
- พชนี นวลช่วย. (2555). *ผลของการให้บริการทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรค
ไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าศาลา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]*.
<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/8674/1/361366.pdf>
- ลัดดาวัลย์ พิมพ์การ. (2561). *ผลการพัฒนาการบริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1–4 โรงพยาบาลพรหม
คีรี. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 3(1), 84-97.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/260973/84-97>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยการบำบัดทดแทนไต
พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม)*.
[https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/06/CKD-guideline-draft-5-เพิ่มเติม-
2565.pdf](https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/06/CKD-guideline-draft-5-เพิ่มเติม-2565.pdf).
- สมศักดิ์ ศรีสวัสดิ์. (2537). *ระเบียบวิธีวิจัย (บทที่ 3)*. หอสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. archive.lib.cmu.ac.th
- อุไรวรรณ พานทอง. (2567). การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัด
นครศรีธรรมราช. *มหาสารนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 1(2), 48-58.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/248193/168061>
- Al Raiisi, F., Stewart, D., Fernandez-Llimos, F., Salgado, T. M., Mohamed, M. F., & Cunningham, S. (2019). Clinical pharmacy practice in the care of chronic kidney disease patients: A systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 41(3), 630–666.
- Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (2012). *Pharmaceutical care practice: The patient-centered approach to medication management* (3rd ed.). McGraw-Hill.

- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., et al. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(5), 1567–1575.
- Kasbekar, R., & Ambizas, E.M. (2021). Chronic Kidney Disease. *US Pharmacist*, 45(3), 6-12.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. (2022). *KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease*. *Kidney International Supplements*, 12(1), 1–115. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2022.07.001>
- Kovesdy, C. P. (2022). *Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022*. *Kidney International Supplement*, 12(1), 7–11. (Original work published 2011).

ความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

HAPPINESS AT WORK AMONG ELDERLY CAREGIVERS IN NURSING HOME ELDERLY CARE CENTERS, HEALTH REGION 5

สิริวัฒน์ ธนพัฒน์ศิริ¹, สุภาวดี พันธุมาศ², กรรวรรณ ยอดไม้², วิรินธิ์ กิตติพิชัย^{2*}

Siriwat Thanapatsiri¹, Suphawadee Panthumas², Korravarn Yodmai², Wirin Kittipichai^{2*}

¹นักศึกษาลัทธิสุตริยาสาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, ²ภาควิชาอนามัยครอบครัว

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Master of Science Program in Public Health, ²Department of Family Health,

Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author E-mail: wirin.kit@mahidol.ac.th*

Received: 12 Jan., 2026

Revised: 26 Mar., 2026

Accepted: 7 Apr., 2026

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความสุขในการทำงานส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิต การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทำงานในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดที่ตอบด้วยตนเองกับผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 327 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอิตา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 77.7 มีความสุขในการทำงานในระดับมีความสุข ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว แรงสนับสนุนในครอบครัว ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ การรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ การรับรู้สิ่งคุกคามทางชีวภาพ การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และสัมพันธภาพกับหัวหน้างาน ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ อายุ และการรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพและสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งตัวแปรทั้ง 5 ตัว ร่วมกันทำนายความแปรปรวนความสุขในการทำงานได้ร้อยละ 23.1 จึงมีข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารกิจการการดูแลผู้สูงอายุ ในการปรับสวัสดิการเพื่อลดค่าครองชีพ การสลับเวลาในการทำงาน รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อลดสิ่งคุกคามสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการมีกิจกรรมเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงานอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความสุขในการทำงาน; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; กิจการการดูแลผู้สูงอายุ; สิ่งคุกคามสุขภาพ; คุณภาพชีวิต

Abstract

Happiness at work among caregivers contributes to enhanced work performance and long-term quality of life. This cross-sectional survey study examined happiness at work and its associated factors among elderly caregivers in nursing home elderly care centers in Health Region 5. Self-administered questionnaires were completed by 327 registered elderly caregivers. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, Biserial correlation coefficient, Point biserial correlation coefficient และ Eta correlation coefficient and Multiple linear regression analysis. The results showed that 77.7% of participants reported a happy level of happiness at work. Factors statistically significantly associated with happiness at work among elderly caregivers, at the 0.05 significance level included age, educational attainment, adequacy of family income, family support, satisfaction with welfare, perceived physical hazards, perceived biological hazards, perceived ergonomic hazards, relationships with co-workers, and relationships with supervisors. Predictors of happiness at work among elderly caregivers that were statistically significant at the 0.05 level included satisfaction with welfare, relationships with co-workers, perceived physical hazards, age, and perceived ergonomic hazards. These five variables jointly accounted for 23.1 % of the variance in happiness at work. The findings suggest that nursing home elderly care centers administrators should enhance welfare benefits to reduce financial burden, provide flexible working arrangements, improve working environments to minimize occupational hazards, and promote team-building activities to strengthen colleague relationships. Such interventions may enhance caregiver quality of life and sustain long-term work performance.

Keywords: Workplace happiness; Elderly caregivers; Nursing home; Health hazards; Quality of life

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) อย่างรวดเร็ว อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ เทคโนโลยีสาธารณสุข โภชนาการ และมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น องค์การสหประชาชาติรายงานว่า ภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 16 หรือประมาณ 1,500 ล้านคน จะมีอายุ 65 ปีขึ้นไป (United Nation, 2022) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความสำเร็จด้านการพัฒนาสุขภาพของมนุษยชาติ ขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความท้าทายด้าน

ระบบบริการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ทั้งในมิติของทรัพยากรบุคคล คุณภาพบริการ และความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในระดับสูงของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2574 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ประกอบกับการเปลี่ยนผ่านจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยว และรูปแบบการจ้างงานที่สมาชิกครอบครัวต้องทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุโดยสถานประกอบการภาคเอกชนจึงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีกิจการการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1,044 แห่ง โดยจำนวน 110 แห่ง ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2568) ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี กาญจนบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5, ม.ป.ป.) การให้บริการของกิจการการดูแลผู้สูงอายุมี 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) การดูแลผู้สูงอายุระหว่างวัน (ไม่มีการพักค้างคืน) 2) การดูแลผู้สูงอายุโดยจัดให้มีที่พักอาศัย และ 3) การดูแลผู้สูงอายุโดยมีการพักค้างคืน สำหรับกิจการการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 5 มีการดำเนินการในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยมีการพักค้างคืนเพียงอย่างเดียว ซึ่งดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ได้มีการกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ บุคลากร และความปลอดภัยในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ กิจการการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถ และผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการหลากหลาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคม นอกจากนี้ กิจการการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นกำลังหลักในการ

ให้บริการ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลความปลอดภัย และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ งานดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นงานที่มีความซับซ้อน ต้องใช้ทักษะเฉพาะ ความอดทน และความรับผิดชอบสูง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566)

การดูแลผู้สูงอายุสามารถอธิบายผ่านกรอบแนวคิด ทฤษฎีความต้องการในงานและทรัพยากรของงาน (Job Demands-Resources Theory) (Bakker & Demerouti, 2007) ซึ่งเสนอว่า ความสมดุลระหว่าง “ความต้องการของงาน (Job demands)” เช่น ภาระงานทางกายภาพ ความเครียดทางอารมณ์ และความเสี่ยงจากสิ่งคุกคามสุขภาพ กับ “ทรัพยากรของงาน (Job resources)” เช่น การสนับสนุนจากองค์กร ความมั่นคงในการทำงาน และโอกาสพัฒนาศักยภาพ จะส่งผลโดยตรงต่อความผูกพันในการทำงานและความสุขของบุคลากร อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) และการลาออกจากงาน นอกจากนี้ ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory) (Herzberg, 1959) ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivators) เช่น ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับ และความก้าวหน้าในอาชีพ มีผลต่อความพึงพอใจและความสุขในการทำงาน ขณะที่ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) เช่น ค่าตอบแทน สภาพแวดล้อม และนโยบายองค์กร หากไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ ส่วนแนวคิดแบบจำลองความผาสุกเพอร์มา (PERMA Model) อธิบายองค์ประกอบของความผาสุก ได้แก่ อารมณ์เชิงบวก (Positive emotion) ความผูกพัน (Engagement) ความสัมพันธ์ (Relationships)

ความหมายของชีวิต (Meaning) และความสำเร็จ (Accomplishment) (Seligman, 2011) ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในการประเมินความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาระงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในหลายมิติ เช่น สิ่งคุกคามทางกายภาพ ชีวภาพ การยศาสตร์ ซึ่งอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟจากการทำงาน และความไม่พึงพอใจในการทำงาน ประกอบกับการวิจัยที่ผ่านมาของ Awosoga et al. (2023) Doğan & Altınbaş (2024) และ Shi et al. (2020) แสดงให้เห็นว่าความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงาน ความตั้งใจอยู่ในอาชีพ คุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แม้ว่าจะมีการศึกษาวิจัยที่ศึกษาความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภาครัฐเป็นจำนวนมาก แต่ยังมีข้อจำกัดขององค์ความรู้ในบริบทของกิจการการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการขยายตัวของกิจการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสุขในการทำงานของของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 เพื่อสะท้อนถึงความเป็นไปในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทของกิจการการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนานโยบายและแนวทางการบริหารจัดการที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในการทำงาน ลดอัตราการลาออก และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานในผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานในผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

วิธีการศึกษา

1) รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 18 – 59 ปี ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ และทำงานในกิจการการดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานที่ตั้งในเขตสุขภาพที่ 5

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรแบบไม่จำกัดขนาดประชากรในหนังสือของ Daniel & Cross (2014) โดยอ้างอิงค่าพารามิเตอร์จากการศึกษาของสิรินันท์ ขุนเพชร และฮอเดียะ บิลยะลา (2560) พบว่าความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.07 เมื่อแทนค่าในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 40.0 ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 370 ตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 18 – 59 ปี ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ ในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ ทำงานในกิจการการดูแล ผู้สูงอายุแห่งปัจจุบัน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ยินดีและสมัคร ใจในการเข้าร่วมการศึกษา ลงนามในเอกสารยินยอมตน ภายหลังได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน สำหรับเกณฑ์ การคัดออก คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถให้ข้อมูล ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลได้

3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 104 ข้อ แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 16 ข้อ ให้ เลือกตอบและเติมข้อความสั้น

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนในครอบครัว ปรับมาจาก แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวของ นวลอนงค์ ศรีสุกไสย (2556) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยการแปลผลคะแนน รวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ มาก (36-48 คะแนน) ปานกลาง (24-35 คะแนน) และน้อย (12-23 คะแนน)

ส่วนที่ 3 สภาพแวดล้อมในการทำงาน มีข้อ คำถามจำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นใหม่ เพื่อประเมินการรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ (3 ข้อ) การรับรู้สิ่งคุกคามทางชีวภาพ (3 ข้อ) และการรับรู้ สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ (6 ข้อ) เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด โดยการแปลผลคะแนนรวมในตัวแปร การรับรู้ สิ่งคุกคามทางกายภาพ และการรับรู้สิ่งคุกคามทางชีวภาพ จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ มาก (9-12 คะแนน) ปานกลาง (6-8 คะแนน) และน้อย (3-5 คะแนน) สำหรับตัวแปร การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ โดยการแปลผล คะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ มาก (18-24

คะแนน) ปานกลาง (12-17 คะแนน) และน้อย (6-11 คะแนน)

ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพในที่ทำงาน มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นใหม่ เพื่อ ประเมินสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน (5 ข้อ) และ สัมพันธภาพกับหัวหน้างาน (5 ข้อ) เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด โดยการแปลผลคะแนนรวมแต่ละตัวแปร จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ มาก (16-20 คะแนน) ปานกลาง (10-15 คะแนน) และน้อย (5-9 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบวัดความสุขในการทำงาน โดยปรับ ใช้เครื่องมือ HAPPINOMETER (สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567) จำนวน 54 ข้อ ใน การประเมินความสุขในการทำงานใน 9 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 สุขภาพดี มิติที่ 2 ผ่อนคลายดี มิติที่ 3 น้ำใจดี มิติที่ 4 จิต วิญญาณดี มิติที่ 5 ครอบครัวดี มิติที่ 6 สังคมดี มิติที่ 7 ใฝ่รู้ดี มิติที่ 8 สุขภาพเงินดี และมิติที่ 9 การงานดี ซึ่งข้อที่ 1 เป็นแบบให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด สำหรับข้อ ที่ 2 – 54 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยการแปลผล คะแนนรวมในแต่ละมิติแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มีความสุข อย่างยิ่ง (คะแนนร้อยละ 75.00-100.00) มีความสุข (คะแนนร้อยละ 50.00-74.99) ไม่มีความสุข (คะแนน ร้อยละ 25.00-49.99) และไม่มีความสุขอย่างยิ่ง (คะแนน ร้อยละ 0.00-24.99)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของเครื่องมือ

1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำ แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00

2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนในครอบครัว แบบวัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน แบบวัดสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน แบบวัดสัมพันธภาพกับหัวหน้างาน และแบบวัดความสุขในการทำงาน มีค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88, 0.90, 0.64, 0.93 และ 0.93 ตามลำดับ

4) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมอบเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุนำไปแจกจ่ายแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงาน จากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายวันรับคืนแบบสอบถามและเอกสารแสดงความยินยอมภายในระยะเวลา 14 วัน ทั้งนี้ แบบสอบถามและเอกสารแสดงความยินยอมถูกจัดแยกออกจากกันและบรรจุในซองเอกสารแยกชุด เพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 370 คน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามที่มีข้อมูลสำคัญครบถ้วนและสามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวน 327 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 88.4 ของแบบสอบถามทั้งหมด

5) การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5.2 การวิเคราะห์ความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

5.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานในผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial correlation coefficient) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอีตา (Eta correlation coefficient) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกำหนดการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Hinkle et al., 1998) ได้แก่ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ($r = 0.91-1.00$) มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r = 0.71-0.90$) มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = 0.51-0.70$) มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = 0.31-0.50$) และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ($r = 0.01-0.30$)

5.4 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานในผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple linear regression analysis) ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6) จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. NO. MUPH 2025-049 วันที่ 28 มีนาคม 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน

การวิจัย และให้ความยินยอมโดยการลงนามในเอกสารยินยอม ภายหลังจากได้รับข้อมูลการวิจัยครบถ้วน ทั้งนี้ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุตัวตน และรายงานผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.9 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 19-59 ปี อายุเฉลี่ย 37.7 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. สถานภาพโสด ร้อยละ 44.3 รายได้ 15,000 – 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.3 ร้อยละ 59.6 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว และร้อยละ 53.5 มีภาระที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยต้องดูแล ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 70.3, 46.9 และ 9.7 ทั้งนี้ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก 56.6 ($\bar{X}$ = 36.28, S.D. $\pm$ 7.77) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระยะเวลาการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการระหว่าง 1 – 2 ปี ร้อยละ 83.5 ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 3.38 ปี และมีประสบการณ์การทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการ ระหว่าง 1 – 2 ปี ร้อยละ 81.0 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 4.53 ปี ความพึงพอใจต่อสวัสดิการที่ได้รับจากสถานประกอบการในระดับมาก

ถึงมากที่สุด ร้อยละ 52.6 สำหรับสวัสดิการที่ได้รับมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ สิทธิในการลาป่วย/ลากิจ เครื่องแบบพนักงาน และสวัสดิการที่พักร้อยละ 83.2, 79.2, และ 77.1 ตามลำดับ ทั้งนี้ สิ่งคุกคามต่อสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รายงานว่ามีการรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพในระดับน้อย ร้อยละ 50.1 การรับรู้สิ่งคุกคามทางชีวภาพ ร้อยละ 49.0 และการรับรู้สิ่งคุกคามการยศาสตร์ในระดับปานกลาง 63.0 และมีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 57.2 และสัมพันธภาพกับหัวหน้างานในระดับมาก ร้อยละ 55.0

2) ความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

ความสุขในการทำงาน 9 มิติ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนมากมีความสุขในการทำงานในระดับมีความสุข ร้อยละ 77.7 มีความสุขอย่างยิ่ง ร้อยละ 11.6 และไม่มีความสุข ร้อยละ 10.7 โดยระดับความสุขในการทำงานในแต่ละมิติพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับมีความสุขถึงมีความสุขอย่างยิ่ง ดังนี้ มิติใฝ่รู้ดี ร้อยละ 94.5 มิติสังคมดี ร้อยละ 93.6 มิติจิตวิญญาณดี ร้อยละ 93.3 มิติน้ำใจดี ร้อยละ 92.7 มิติการงานดี ร้อยละ 89.6 มิติสุขภาพดี ร้อยละ 84.7 มิติผ่อนคลายดี ร้อยละ 70.6 มิติครอบครัวดี ร้อยละ 65.7 และมิติสุขภาพเงินดี ร้อยละ 61.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=327)

ความสุขในการทำงาน	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่มีความสุข อย่างยิ่ง	ไม่มีความสุข	มีความสุข	มีความสุข อย่างยิ่ง
ภาพรวมความสุขในการทำงาน	0 (0.0)	35 (10.7)	254 (77.7)	38 (11.6)
มิติที่ 1 สุขภาพดี (Happy body)	0 (0.0)	50 (15.3)	180 (55.0)	97 (29.7)
มิติที่ 2 ผ่อนคลายดี (Happy relax)	10 (3.1)	86 (26.3)	194 (59.3)	37 (11.3)
มิติที่ 3 น้ำใจดี (Happy heart)	2 (0.6)	22 (6.7)	188 (57.5)	115 (35.2)

ความสุขในการทำงาน	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่มีความสุข อย่างยิ่ง	ไม่มีความสุข	มีความสุข	มีความสุข อย่างยิ่ง
มิติที่ 4 จิตวิญญาณดี (Happy soul)	1 (0.3)	21 (6.4)	185 (56.6)	120 (36.7)
มิติที่ 5 ครอบครัวดี (Happy family)	12 (3.7)	100 (30.6)	157 (48.0)	58 (17.7)
มิติที่ 6 สังคมดี (Happy society)	0 (0.0)	21 (6.4)	203 (62.1)	103 (31.5)
มิติที่ 7 ใฝ่รู้ดี (Happy brain)	0 (0.0)	18 (5.5)	169 (51.7)	140 (42.8)
มิติที่ 8 สุขภาพเงินดี (Happy money)	24 (7.3)	101 (30.9)	156 (47.7)	46 (14.1)
มิติที่ 9 การงานดี (Happy work-life)	2 (0.6)	32 (9.8)	192 (58.7)	101 (30.9)

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยบุคคล คือ อายุ และระดับการศึกษา ($r = 0.184$ และ $\eta = 0.126$ ตามลำดับ) ปัจจัยครอบครัว คือ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว และแรงสนับสนุนในครอบครัว ($\eta = 0.178$ และ $r = 0.322$ ตามลำดับ) และปัจจัยระดับองค์กร คือ ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และสัมพันธภาพกับหัวหน้างาน ($r = 0.322, 0.286, 0.269$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยระดับองค์กร คือ การรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ และการรับรู้สิ่งคุกคามทางชีวภาพ ($r = -0.259, -0.259$, และ -0.167 ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต้นกับความสุขในการทำงานในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 ($n = 327$)

ตัวแปรต้น	ความสุขในการทำงาน		ระดับความสัมพันธ์
	$r / r_b / r_{pb} / \eta$	p-value	
เพศ	0.030 (r_{pb})	0.587	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.184** (r)	0.001	ต่ำมาก
ระดับการศึกษา	0.126* (η)	0.022	ต่ำมาก
สถานภาพสมรส	0.090 (η)	0.102	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้ต่อเดือน	0.082 (r_b)	0.139	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์ในการทำงาน	0.088 (r_b)	0.113	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาระการดูแลครอบครัว	0.065 (η)	0.239	ไม่มีความสัมพันธ์
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว	0.178** (η)	0.001	ต่ำมาก
แรงสนับสนุนในครอบครัว	0.322*** (r)	<0.001	ต่ำ
ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ	0.322*** (r)	<0.001	ต่ำ
การรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ	-0.259*** (r)	<0.001	ต่ำมาก

ตัวแปรต้น	ความสุขในการทำงาน		ระดับความสัมพันธ์
	$r / r_b / r_{pb} / \eta$	p-value	
การรับรู้สิ่งคุกคามทางชีวภาพ	-0.167 ^{**} (r)	0.002	ต่ำมาก
การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์	-0.259 ^{***} (r)	<0.001	ต่ำมาก
สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน	0.286 ^{***} (r)	<0.001	ต่ำมาก
สัมพันธ์ภาพกับหัวหน้างาน	0.269 ^{***} (r)	<0.001	ต่ำมาก

*p-value<0.05, **p-value<0.01, ***p-value<0.001, r = Pearson's correlation coefficient, r_b = Biserial correlation coefficient, r_{pb} = Point biserial correlation coefficient, η = Eta correlation coefficient

4) ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 พบตัวแปรทำนายความสุขในการทำงาน จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ สวัสดิการ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมา คือ สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน อายุ การรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ และการรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ มีค่าเบต้าเท่ากับ 0.255, 0.208, 0.135, -0.109, และ -0.139 ตามลำดับ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสุขในการทำงานได้ร้อยละ 23.1 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 (n = 327)

ตัวแปรพยากรณ์	b	S.E.	β	t	p-value
ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ	2.723	0.534	0.255	5.102	<0.001
สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน	0.733	0.184	0.208	3.993	<0.001
การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์	-0.337	0.126	-0.139	-2.663	0.008
อายุ	0.127	0.047	0.135	2.712	0.007
การรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ	-0.484	0.241	-0.109	-2.010	0.045

Constant = 43.109, R = 0.480, R² = 0.231, Adjusted R² = 0.219, F = 19.266, p<0.001, Durbin Watson = 1.528

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนี้

$$Y = 43.109 + 2.723(X_1) + 0.733(X_2) + (-0.337)(X_3) + 0.127(X_4) + (-0.484)(X_5)$$

เมื่อ

Y = ความสุขในการทำงาน

X₁ = ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ

X₂ = สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงาน

X₃ = การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์

X₄ = อายุ

X₅ = การรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ

อภิปรายผล

1) ความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 ส่วนใหญ่มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับน่าพึงพอใจ โดยมากกว่าร้อยละ 80 มีความสุขในการทำงานในระดับมีความสุขและมีความสุขอย่างยิ่ง สะท้อนให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานและลักษณะงานโดยรวมเอื้อต่อการสร้างความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ลักษณะงานดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่มีคุณค่าทางสังคมและเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งสามารถสร้างความรู้สึกภาคภูมิใจและความหมายในการทำงานให้แก่บุคลากรได้ (Seligman, 2011) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนที่มีความสุขในการทำงานในระดับไม่มีความสุขในการทำงาน ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างของประสบการณ์การทำงาน ภาระงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานของแต่ละองค์กร เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติใฝ่รู้ดี มิติสังคมดี และมิติจิตวิญญาณดี มีระดับความสุขอยู่ในเกณฑ์ดี โดยเฉพาะด้านการพัฒนาตนเอง การปฏิบัติตามกฎระเบียบขององค์กร และการช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งสะท้อนถึงการมีคุณค่าทางจิตใจและความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกตามแนวคิดเพอร์มาที่ประกอบด้วยอารมณ์เชิงบวก ความสัมพันธ์ที่ดี และความหมายของชีวิต (Seligman, 2011) ในขณะเดียวกันพบว่ามิติสุขภาพเงินดี มิติครอบครัวดี และมิติผ่อนคลายดี มีระดับความสุขอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี โดยเฉพาะประเด็นการขาดเงินออม การมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวในระดับต่ำ และการไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามที่คาดหวัง ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและภาระงานที่อาจส่งผลต่อสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ

การศึกษาของธัญมถ รงรองจร (2567) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลภาคเอกชนมีความพึงพอใจในการทำงานอยู่ในระดับมาก โดยด้านลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงานมีคะแนนสูงที่สุด ขณะที่ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงานมีคะแนนต่ำที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร คงบุญ และคณะ (2566) ที่พบว่าปัจจัยด้านรายได้และสวัสดิการมีความสัมพันธ์กับความสุขและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรด้านการดูแล

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ
เขตสุขภาพที่ 5

ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว แรงสนับสนุนในครอบครัว ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ การรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ การรับรู้สิ่งคุกคามทางชีวภาพ การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และสัมพันธภาพกับหัวหน้างาน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงาน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มมีความสุขในการทำงานสูงกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงาน และสามารถปรับตัวต่อความเครียดจากการทำงานได้ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุธิชา วาลิรัตน์ และปิยนุช จันทรวโรจน์ (2566) และ Zeng et al. (2022) ที่พบว่าบุคลากรที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มมีความสุขในการทำงานสูงขึ้น ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงาน โดยการศึกษาที่สูงขึ้นช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้สามารถรับมือกับปัญหาในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lavoie-Tremblay et al. (2022) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

ความสุขในการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานดูแลระยะยาว ประเทศแคนาดา โดยบุคลากรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มรับรู้คุณค่าในบทบาทวิชาชีพ และมีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่า **ความพึงพอใจของรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงาน** โดยรายได้ที่เพียงพอช่วยลดความเครียดทางการเงินและเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Medeni et al. (2025) และณิรดา พรหมณัฐ (2563) ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก อธิบายว่า ค่าตอบแทนและผลประโยชน์ตอบแทนถือเป็นปัจจัยจำเป็นอย่างยิ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการลดความไม่พึงพอใจในการทำงาน หากบุคลากรได้รับค่าตอบแทนหรือมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจอย่างเหมาะสม จะช่วยเสริมสร้างความพึงพอใจและมีความสุขในการทำงานได้ (Herzberg, 1959) **แรงสนับสนุนในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงาน** การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดความเครียดจากการทำงานและเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhao et al. (2025) และภริญา จำปาศรี (2564) ที่สะท้อนว่าแรงสนับสนุนในครอบครัวเป็นฐานสำคัญของความมั่นคงทางอารมณ์และมีความสุขในการทำงานอย่างยั่งยืน ในด้านปัจจัยระดับองค์กร พบว่า **ความพึงพอใจต่อสวัสดิการมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ** โดยจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการจากสถานประกอบการด้านสิทธิในการลาป่วย/ลากิจ เครื่องแบบพนักงาน และที่พักในระดับสูง ซึ่งสะท้อนว่าสวัสดิการพื้นฐานขององค์กรมีบทบาทต่อความมั่นคงและความพึงพอใจในการทำงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tei-Tominaga et al. (2021) ที่พบว่าการรับรู้สวัสดิการที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในการทำงานที่ต่ำกว่า (OR = 0.33, 95%CI) แสดง

ให้เห็นว่าสวัสดิการเป็นปัจจัยสำคัญระดับองค์กรที่ช่วยส่งเสริมความสุขและแรงจูงใจในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ **การรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ การรับรู้สิ่งคุกคามทางชีวภาพ และการรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสุขในการทำงาน** โดยความเสี่ยงด้านสุขภาพและภาระงานทางกายภาพอาจส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและลดความพึงพอใจในการทำงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Awosoga et al. (2023) ที่พบว่าสิ่งคุกคามทางกายภาพและภาระงานทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในสถานดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Doğan & Altınbaş (2024) ที่พบว่าความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ เช่น การยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการศึกษาของ Shi et al. (2020) ที่ชี้ให้เห็นว่าความเสี่ยงทางชีวภาพและความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ **สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงาน** เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการสนับสนุนซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2023) และศรีวิไล แสงเลิศศิลปชัย (2562) ทั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความต้องการในงานและทรัพยากรของงาน (Bakker & Demerouti, 2007) ที่อธิบายว่าทรัพยากรของงาน เช่น การสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน สามารถช่วยลดผลกระทบจากความเครียดหรือความต้องการของงาน และส่งเสริมความผูกพันและมีความสุขในการทำงานของบุคลากร

3) ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน อายุ การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ และการรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสุขในการทำงานได้ร้อยละ 23.1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทั้งปัจจัยด้านทรัพยากรในการทำงานและปัจจัยด้านสิ่งคุกคามจากการทำงานมีบทบาทสำคัญต่อความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความพึงพอใจต่อสวัสดิการเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อความสุขในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ชเบิร์ก (Herzberg, 1959) ที่อธิบายว่าปัจจัยค่าจูน เช่น ค่าตอบแทนและสวัสดิการ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยลดความไม่พึงพอใจและส่งเสริมความสุขในการทำงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีความต้องการในงานและทรัพยากรของงาน ที่ระบุว่า สวัสดิการและการสนับสนุนจากองค์กร มีบทบาทในการเสริมสร้างแรงจูงใจและความผูกพันในการทำงาน (Bakker & Demerouti, 2007)

สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยแบบจำลองความผาสุกเพอร์มา ที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ว่าเป็นปัจจัยสำคัญของความผาสุก (Seligman, 2011) การมีความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงานช่วยส่งเสริมบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และลดความตึงเครียดจากการทำงาน ในทางตรงกันข้าม **การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์และทางกายภาพ**มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสุขในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการในงานและทรัพยากรของงาน ที่ระบุว่า

ความต้องการของงานโดยเฉพาะความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัย เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและลดระดับความสุขในการทำงาน (Bakker & Demerouti, 2007) ขณะที่**อายุ**มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงาน อธิบายได้ว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีประสบการณ์ในการทำงานและสามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมในการทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีความพึงพอใจและมีความสุขในการทำงานมากขึ้น ผลการศึกษาชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านสวัสดิการและความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ซึ่งเป็นทรัพยากรในการทำงาน มีบทบาทในการส่งเสริมความสุขในการทำงาน ขณะที่สิ่งคุกคามจากสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นปัจจัยที่ลดระดับความสุข ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทางทฤษฎีและสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการบุคลากรในกิจการการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

สรุปผล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขในการทำงาน อยู่ในระดับมีความสุข ร้อยละ 77.7 รองลงมาไม่มีความสุขอย่างยิ่ง ร้อยละ 11.6 และไม่มีความสุข ร้อยละ 10.7 โดยมิติที่มีความสุข ได้แก่ มิติใฝ่รู้ดี มิติสังคมดี และมิติจิตวิญญาณดี ขณะที่มิติสุขภาพเงินดี มิติครอบครัวดี และมิติผ่อนคลายดี อยู่ในระดับไม่มีความสุข ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ความพึงพอใจของรายได้ครอบครัว แรงสนับสนุนในครอบครัว ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงาน ขณะที่การรับรู้สิ่งคุกคามทางกายภาพ การรับรู้สิ่งคุกคามชีวภาพ และการรับรู้สิ่งคุกคามการยศาสตร์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน การรับรู้สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ อายุ และการรับรู้สิ่งคุกคาม

ทางกายภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 23.1

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1) ผู้บริหารกิจการการดูแลผู้สูงอายุควรพัฒนาระบบสวัสดิการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น สวัสดิการด้านค่าครองชีพ ที่พักอาศัย หรือสวัสดิการด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและความพึงพอใจในการทำงาน
- 2) ผู้บริหารกิจการการดูแลผู้สูงอายุส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน โดยจัดกิจกรรมพัฒนาทีม (Team building) หรือกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงาน เพื่อสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
- 3) ผู้บริหารกิจการการดูแลผู้สูงอายุปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อลดสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสิ่งคุกคามทางกายภาพและการยศาสตร์ เช่น การจัดอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ หรือการปรับพื้นที่ทำงานให้เหมาะสมกับลักษณะงาน
- 4) ผู้บริหารกิจการการดูแลผู้สูงอายุจัดระบบการทำงานและตารางเวลาการทำงานให้เหมาะสม เพื่อ

ลดภาระงานทางกายภาพและความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสุขในการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

- 1) ศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงติดตาม (Longitudinal study) หรือการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 2) ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อความสุขในการทำงานเพิ่มเติม เช่น ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว (Work-life balance) หรือภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร
- 3) ขยายพื้นที่การศึกษาไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ หรือกิจการการดูแลผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทที่หลากหลาย
- 4) วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่มร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). แนวทางการดำเนินงานกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง. กระทรวงสาธารณสุข. <https://esta.hss.moph.go.th>.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2568). ระบบกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง. https://esta.hss.moph.go.th/dashboard_adm.php
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). กฎกระทรวงกำหนดประเภทกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559. ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559.
- ณิศา พรหมณัฐ. (2563). ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพพรรณบุรี, 3(1), 81–98.
- ธัญมล รงรองจร. (2567). การศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ภาคเอกชน [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

- นวลอนงค์ ศรีสุกไสย. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23(1), 60–69.
- ภัทรพร คงบุญ และคณะ. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อการจ้างงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 17(3), 455–472.
- ภริญา จำปาศรี. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(3), 113–121.
- ศรีวิไล แสงเลิศศิลป์ชัย. (2562). ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 12(1), 12–19.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). HAPPINOMETER Mahidol.
<https://www.happinometer.com/web/index.php>
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5. (ม.ป.ป.). ข้อมูลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5. <https://region5.moph.go.th/region5/reg5info.php>
- สิรินันท์ ขุนเพชร, และ ฮอเตียะ บิลยะลา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 4(2), 68–81.
- สุธิชา วัลลิรัตน์ และปิยนุช จันทรวโรจน์. (2566). ความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 41(4), 66–78.
- Awosoga, O. A. et al. (2023). Well-being of professional older adults' caregivers in Alberta's assisted living and long-term care facilities: A cross-sectional study. BMC Geriatrics, 23, 85.
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-03801-9>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands–resources model: State of the art. Journal of Managerial Psychology, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2014). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (10th ed.). John Wiley & Sons.
- Doğan, S. E., & Altınbaş, Y. (2024). The relationship between ergonomics level, job and life satisfaction of healthcare workers in Turkey. Ergonomi, 7(3), 227–235.
<https://doi.org/10.33439/ergonomi.1514689>
- Herzberg, F. (1959). The motivation to work. John Wiley & Sons.
- Hinkle, D. E., William, W., & Stephen, G.J. (1998). Applied statistics for the behavior sciences. (4th ed.). Boston, New York: Houghton Mifflin.

- Lavoie-Tremblay, M. et al. (2022). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 33–43. <https://doi.org/10.1111/jonm.13462>
- Lin, H. et al. (2023). Exploring the factors creating happiness with nursing staff: The mediating effect of life satisfaction. *American Journal of Health Behavior*, 47(3), 510–519.
- Medeni, V. et al. (2025). Job satisfaction, life satisfaction, and associated factors among hospital nurses: A cross-sectional study in Türkiye. *Scientific Reports*, 15, 5738. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-85564-4>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Shi, Y. et al. (2020). Prevalence of occupational exposure and its influence on job satisfaction among Chinese healthcare workers: A large-sample cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(3), e031953. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031953>
- Tei-Tominaga, M., & Nakanishi, M. (2021). Factors of feelings of happiness at work among staff in geriatric care facilities. *Geriatrics & Gerontology International*, 21(9), 818–824. <https://doi.org/10.1111/ggi.14247>
- United Nations. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. United Nations.
- Zeng, D et al. (2022). Impact of intrinsic and extrinsic motivation on work engagement: A cross-sectional study of nurses working in long-term care facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1284. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031284>
- Zhao, J. et al. (2025). Turnover intentions, job satisfaction and social support among employees of social organisations caring for the elderly in China: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 15, e104422. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-104422>

การประเมินความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ จากฝุ่นละอองขนาดเล็ก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

ASSESSING HEALTH RISK COMMUNICATION LITERACY REGARDING FINE PARTICULATE MATTER AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PHRAE PROVINCE

ธำรงค์ศักดิ์ แสนยศ

Thumrongsak Sanyot

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

Phrae Provincial Public Health Office

Corresponding author Email: tomrongsak933@gmail.com

Received: 22 Dec., 2025

Revised: 9 Apr., 2026

Accepted: 16 Apr., 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) และเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดแพร่ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 500 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent Samples t-test, One-Way ANOVA และ Pearson's correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า อสม.จังหวัดแพร่ มีความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 67.77 จาก 110 คะแนน) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 7.77 จาก 10 คะแนน) ส่วนด้านเจตคติต่อการสื่อสาร ด้านทักษะในการสื่อสาร ด้านการประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง และด้านพฤติกรรมในการสื่อสารจริง อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด (คะแนนเฉลี่ย 15.00 จาก 25 คะแนน) ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า 1) อสม.เพศหญิงมีระดับความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงในภาพรวม และด้านพฤติกรรมในการสื่อสารจริง สูงกว่าเพศชาย 2) อสม. ที่เคยผ่านการอบรมเรื่องฝุ่นละอองขนาดเล็ก มีระดับความรอบรู้ในภาพรวม และรายด้านทุกด้าน (ยกเว้นด้านเจตคติต่อการสื่อสารความเสี่ยง) สูงกว่าที่ไม่เคยผ่านการอบรม 3) อสม. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอที่ต่างกันมีระดับความรอบรู้ในภาพรวมและด้านการประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยงแตกต่างกัน

จากผลการวิจัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเชิงนโยบาย เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ โดยมุ่งเน้นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนตามบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน และ

การดื่งศักยภาพเฉพาะด้านของ อสม. มาใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารความเสี่ยงและยกระดับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การสื่อสารความเสี่ยง; ผลกระทบต่อสุขภาพ; ผู้นำละออนขนาดเล็ก; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This survey research aimed to assess the levels of health risk communication literacy regarding fine particulate matter (PM2.5) and to compare these literacy levels among village health volunteers (VHVs) in Phrae Province based on personal and work-site factors. The sample consisted of 500 VHVs. The research instrument was a questionnaire, and data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including Independent Samples t-test, One-Way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient.

The results indicated that the overall health risk communication literacy regarding fine particulate matter among VHVs in Phrae Province was at a moderate level (Mean = 67.77 out of 110). When considering individual domains, knowledge regarding fine particulate matter was at a good level (Mean = 7.77 out of 10). However, attitude toward communication, communication skills, risk assessment and transmission, and actual communication behavior were all at a moderate level (Mean = 15.00 out of 25). Comparative analysis revealed that: 1) female VHVs exhibited significantly higher levels of overall literacy and actual communication behavior than males; 2) VHVs who had undergone training fine particulate matter demonstrated higher overall and domain-specific literacy (with the exception of attitude toward risk communication) compared to those without training; and 3) VHVs operating in different districts showed significant differences in overall literacy and risk assessment and transmission skills.

These findings suggest that relevant agencies can utilize the results as an evidence base for policy formulation to enhance health risk communication literacy among VHVs. Emphasis should be placed on continuous, practice-based training programs, context-specific support tailored to local conditions, and the effective utilization of VHVs' specific competencies. Such strategies are expected to improve the effectiveness of risk communication and contribute to sustainable community health outcomes.

Keywords: Health Literacy; Risk Communication; Health impacts; Fine particulate matter; Village Health Volunteers

บทนำ

ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) เป็นปัญหามลพิษทางอากาศ ที่สำคัญในประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือที่ต้องเผชิญกับวิกฤตฝุ่น PM2.5 ที่เกินค่ามาตรฐานอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งสาเหตุเกิดจากการเผาป่า การเผาในที่โล่ง การเผาเศษพืชผลทางการเกษตร การจราจร (ไอเสียรถยนต์) และควันเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม กระบวนการเผาเหล่านี้ก่อให้เกิดฝุ่นละอองขนาดเล็ก ซึ่งเป็นอนุภาคขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือดองค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ระบุว่า การสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ระดับสูงอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ถึง 7 ล้านคนต่อปีทั่วโลก

จังหวัดแพร่เป็นหนึ่งในจังหวัดในภาคเหนือตอนบนที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็กอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเผาในที่โล่ง การเผาเศษซากวัสดุทางการเกษตรและไฟฟ้า ส่งผลให้ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กเกินค่ามาตรฐาน (37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยข้อมูลย้อนหลังในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (ปี 2565 - ปี 2567) พบจำนวนวันที่มีค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กเกินค่ามาตรฐาน เพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (กรมควบคุมมลพิษ, 2567)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่เป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก โดยมุ่งเน้นการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยง และ

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ นำไปสู่การคุ้มครองสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้ปลอดภัย ซึ่งหนึ่งในกลไกสำคัญของการขับเคลื่อนงานสุขภาพระดับชุมชนคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทในการเฝ้าระวังเชิงรุก การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้คำแนะนำในการป้องกันตนเอง และการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนในพื้นที่ได้จำเป็นต้องอาศัยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก รวมถึงทักษะในการถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จะดำเนินการส่งเสริมความรู้และการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) อย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังประสบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การสื่อสารความเสี่ยงที่ยังไม่เข้าถึงเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง (เด็ก 0-5 ปี หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ) รูปแบบและวิธีการสื่อสารยังไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและระดับความเข้าใจของประชาชน ขาดการใช้สื่อที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บางส่วนยังขาดความรู้เชิงลึก และทักษะในการสื่อสารความเสี่ยง ส่งผลให้การสื่อสารความเสี่ยงยังไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ปัญหาดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินระดับความรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงของอสม. และนำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

งานวิจัยนี้ศึกษาการประเมินความรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง

ขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้หรือปรับปรุงหลักสูตรการอบรม อสม. โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง และพฤติกรรม การสื่อสารจริง ให้สามารถยกระดับความรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากผู้นำของขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่ เพื่อให้สามารถสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจากผู้นำของขนาดเล็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อประเมินระดับความรู้ในการสื่อสาร ความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากผู้นำของขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่

2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการสื่อสาร ความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากผู้นำของขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงาน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 8 อำเภอ ของจังหวัดแพร่ รวมทั้งสิ้น 12,141 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ ระดับความคลาดเคลื่อน ประมาณ 0.044 โดยคำนวณจากประชากร อสม. ทั้งสิ้น 12,141 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 496 คน และทำการปัดตัวเลขขึ้น และเพิ่มจำนวนตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อให้ได้

จำนวนที่สมบูรณ์ และครอบคลุมพื้นที่การศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งกลุ่ม อสม. ตามขนาดอำเภอ (เล็ก กลาง ใหญ่) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอตามสัดส่วน แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจากรายชื่อ อสม. ในแต่ละกลุ่มอำเภอจนครบ

เกณฑ์การคัดเข้าเป็น อสม. ที่ยังคงปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ 8 อำเภอของจังหวัดแพร่ ปฏิบัติงานในบทบาท อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี รวมทั้งสามารถออกแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก อสม. ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน น้อยกว่า 1 ปี ไม่สามารถออกแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. การเคยผ่านการอบรมเรื่องผู้นำของขนาดเล็ก อำเภอที่ปฏิบัติงาน และขนาดของอำเภอ (เล็ก กลาง ใหญ่) ลักษณะคำถามเป็นแบบตัวเลือก หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการสื่อสาร ความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากผู้นำของขนาดเล็กของ อสม. ประกอบด้วย 5 ด้าน รวม 30 ข้อ

ด้านที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ หรือ ผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยคือ ระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 8.18-10.00 คะแนน ระดับดี ตั้งแต่ 6.82-8.09 คะแนน ระดับปานกลาง ตั้งแต่ 5.45-6.73 คะแนน ระดับพอใช้ ตั้งแต่ 4.55-5.36 คะแนน และระดับควรพัฒนา ต่ำกว่า 4.55 คะแนน

ด้านที่ 2 เจตคติต่อการสื่อสารความเสี่ยง ด้านที่ 3 ทักษะในการสื่อสาร ด้านที่ 4 ความสามารถในการ ประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง และ ด้านที่ 5 พฤติกรรม ในการสื่อสารจริงในชุมชน ด้านละ 5 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยคือ ระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 20.45-25.00 คะแนน ระดับดี ตั้งแต่ 17.05-20.23 คะแนน ระดับปานกลาง ตั้งแต่ 13.64-16.82 คะแนน ระดับพอใช้ ตั้งแต่ 11.36-13.41 คะแนน และระดับควร พัฒนา ต่ำกว่า 11.36 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งระดับความรอบรู้ เป็น 5 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ยคือ ระดับดีมาก คะแนน เฉลี่ยตั้งแต่ 90.00-110.00 คะแนน ระดับดี ตั้งแต่ 75.00- 89.99 คะแนน ระดับปานกลาง ตั้งแต่ 60.00-74.99 คะแนน ระดับพอใช้ ตั้งแต่ 50.00-59.99 คะแนน และ ระดับควรพัฒนา ต่ำกว่า 50.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยเสนอแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ ด้านสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้า

กลุ่มงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาล แพร์ และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ (ด้าน บริหาร) ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย และความครอบคลุมของเนื้อหา ดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 เฉลี่ย ทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำ แบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของ ผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละออง ขนาดเล็ก (ด้านที่ 1) ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest) กับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยเว้นระยะห่าง 1 สัปดาห์ นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

2.2 แบบสอบถามเจตคติ ทักษะในการสื่อสาร ความสามารถในการประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง พฤติกรรมในการสื่อสารจริงในชุมชน (ด้านที่ 2-5) นำไป ทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ เท่ากับ 0.89 0.91 0.88 และ 0.90 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) จัดทำหนังสือราชการถึงนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดแพร่ และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ เพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2) จัดประชุมชี้แจงผู้ช่วย (ผู้รับผิดชอบงานระดับ อำเภอ) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ ขั้นตอนวิธีการ และแผนการจัดเก็บข้อมูล

3) ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแผนจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด ในช่วงเวลาที่มีวิกฤติสถานการณ์ ฝุ่นPM2.5 ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน 2569

4) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลนำไปลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5) เก็บข้อมูลในรูปแบบกระดาษ (Paper base) สำหรับ อสม. ที่ไม่มีความพร้อมในการใช้สมาร์ทโฟน และรูปแบบออนไลน์ (Google form) สำหรับ อสม.ที่สามารถใช้สมาร์ทโฟนได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. การเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก อำเภอที่ปฏิบัติงาน และขนาดของอำเภอ (เล็ก กลาง ใหญ่) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรตัวต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยง ตามทฤษฎี Health Literacy Framework (Nutbeam, 2000) ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การทดสอบที (Independent samples t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยง ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การทดสอบที (Independent

samples t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่การรับรอง PPH No.060/2568 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 (มีอายุการรับรองจนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2569) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการเข้าร่วม และการรักษาความลับของข้อมูล พร้อมทั้งขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) จากกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลทุกราย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.4 มีอายุเฉลี่ย 50.42 ปี (± 9.13 ปี) มีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 10.26 ปี (± 4.65 ปี) ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก ร้อยละ 64.4

2) ผลการประเมินระดับความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 66.77$, S.D.=12.45) รายด้านที่สูงที่สุด คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 7.77$ จาก 10 คะแนน) ส่วนที่เหลือ คือ ด้านเจตคติ ต่อการสื่อสารความเสี่ยง ด้านทักษะในการสื่อสาร ด้านความสามารถในการประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง และด้านพฤติกรรมในการสื่อสารจริง อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ($\bar{X} = 15.00$ จาก 25 คะแนน)

3) ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงาน

3.1 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่ จำแนกตามเพศ พบว่า

อสม.เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ในภาพรวมและรายด้านสูงกว่า อสม.เพศชาย เมื่อทดสอบทางสถิติโดยใช้ Independent samples t-test พบว่า อสม.เพศหญิงมีระดับความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงในภาพรวมและความรอบรู้ด้านพฤติกรรมการสื่อสารจริงสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่ จำแนกตามเพศ

ความรอบรู้ด้าน	ค่าเฉลี่ยเพศหญิง	ค่าเฉลี่ยเพศชาย	ค่า t	P-value
1. ความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก	7.856	7.735	0.92	0.3583
2. เจตคติต่อการสื่อสารความเสี่ยง	15.059	14.974	0.153	0.8787
3. ทักษะในการสื่อสาร	15.549	14.758	1.355	0.1764
4. การประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง	15.072	14.968	0.184	0.8539
5. พฤติกรรมการสื่อสารจริง	15.843	14.628	2.143	0.0329
ภาพรวม	69.379	67.063	2.012	0.0451

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม.จังหวัดแพร่ จำแนกตามการเคยผ่านการอบรมฝุ่นละอองขนาดเล็ก พบว่า อสม. ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้รวม และรายด้านสูงกว่าที่ไม่เคยผ่านการอบรม และเมื่อทดสอบทางสถิติโดยใช้ Independent samples t-test พบว่า อสม. กลุ่มที่เคยผ่านการอบรมมีระดับความรอบรู้ในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน (ยกเว้นด้านเจตคติต่อการสื่อสารความเสี่ยง) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยผ่านการอบรมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่ จำแนกตามการเคยผ่านอบรมเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก

ความรอบรู้ด้าน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	ค่า t	P-value
	“เคยผ่านการอบรม”	“ไม่เคยผ่านการอบรม”		
1. ความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก	8.068	7.236	6.84	<0.01**
2. เจตคติต่อการสื่อสารความเสี่ยง	15.32	14.421	1.642	0.101
3. ทักษะในการสื่อสาร	15.432	14.219	2.199	0.028*
4. การประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง	15.435	14.213	2.221	0.027*
5. พฤติกรรมการสื่อสารจริง	15.767	13.612	4.095	0.001**
ภาพรวม	70.022	63.702	5.592	0.0

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม.จังหวัดแพร่ จำแนกตามการศึกษา ระดับโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม.จังหวัดแพร่ จำแนกตามระดับการศึกษา

ความรู้ด้าน	ค่า F	P-value
1. ความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก	0.678	0.6073
2. เจตคติต่อการสื่อสารความเสี่ยง	1.621	0.1677
3. ทักษะในการสื่อสาร	1.632	0.1649
4. การประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง	0.373	0.8281
5. พฤติกรรมการสื่อสารจริง	2.051	0.0861
ภาพรวม	1.956	0.1

3.4 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม.จังหวัดแพร่ จำแนกตามขนาดอำเภอ ที่ปฏิบัติงาน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อสม.ที่ปฏิบัติงานในอำเภอที่มีขนาดต่างกัน (เล็ก กลาง ใหญ่) มีความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่แตกต่างกัน

3.5 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม.จังหวัดแพร่ จำแนกรายอำเภอ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน ทางเดียว (One-way ANOVA) พบว่า อสม. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอที่ต่างกันมีระดับความรู้ในภาพรวมและ ความรอบรู้ด้านการประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า อสม.จังหวัดแพร่ มีความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับดี ขณะที่ด้านเจตคติ ทักษะการสื่อสาร การประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง และพฤติกรรมการสื่อสารจริงอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า อสม. จังหวัดแพร่ ยังมีช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ อาจเกิดได้จากการขาดการฝึกฝนทักษะในการสื่อสารความเสี่ยง หรือไม่ได้รับการอบรมอย่างสม่ำเสมอทำให้ขาดความมั่นใจในการสื่อสารความเสี่ยงในสถานการณ์จริงในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา วิษุณานนท์ (2563) พบว่า แม้ประชาชนจะมีความรู้เกี่ยวกับ PM2.5 ในระดับดี แต่พฤติกรรมการป้องกันตนเองยังอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนความไม่สอดคล้องระหว่างความรู้กับพฤติกรรม และผลการศึกษาของภาสกร แก้วกาญจนดิษฐ์ และคณะ (2563) ที่พบว่า อสม. ในจังหวัด

เชียงใหม่มีความรู้เกี่ยวกับ PM2.5 ค่อนข้างดี แต่การนำความรู้ไปถ่ายทอดเชิงลึกในชุมชน ยังมีข้อจำกัดด้านทักษะการสื่อสาร นอกจากนี้ยังพบว่าการเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กส่งผลกับระดับความรู้ทั้งภาพรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านเจตคติต่อการสื่อสารความเสี่ยงที่พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า อสม. ส่วนใหญ่มีจิตอาสา และมีเจตคติที่ดีต่อการช่วยเหลือสังคมเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ประกอบกับปัญหาฝุ่น PM2.5 เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นประจักษ์จริงในพื้นที่จังหวัดแพร่ ทำให้ อสม. ตระหนักถึงความสำคัญและมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพชุมชนอยู่ก่อนแล้ว การอบรมที่ได้รับจึงมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มพูนองค์ความรู้และทักษะการสื่อสารความเสี่ยง มากกว่าการปรับเปลี่ยนทัศนคติเดิมที่มีความเข้มแข็งอยู่แล้ว อสม. ที่ผ่านการอบรมจึง อธิบายได้ว่า การอบรมมีบทบาทโดยตรงต่อการเพิ่มพูนองค์ความรู้ และทักษะการปฏิบัติ เนื่องจากกระบวนการอบรมมักเน้นการถ่ายทอดเนื้อหาทางวิชาการ การฝึกปฏิบัติ และการเสริมสร้างความมั่นใจในการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1986) ที่ระบุว่า การอบรมไม่เพียงแต่ให้ความรู้ แต่เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่เปลี่ยนจาก ความรู้ ให้กลายเป็น การปฏิบัติจริง หาก อสม. รู้สึกว่าตนเองมีความเชี่ยวชาญ (Mastery Experience) จากการฝึกอบรม ก็จะส่งผลให้พฤติกรรมสื่อสารจริงในชุมชนสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2564) ที่พบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการสื่อสารความเสี่ยงช่วยเพิ่มทักษะการอธิบายข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่าย และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของ อสม. และการศึกษาของวชิรวิทย์ พิทักษ์และธนกร รุ่งเรือง (2565) ที่พบว่าพื้นที่ที่มีการจัดอบรมต่อเนื่อง และมีการติดตามผลจะมีประสิทธิภาพสูงกว่า

พื้นที่ที่ไม่มีระบบสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม และจากการศึกษายังพบว่า อสม. เพศหญิงมีระดับความรู้ในภาพรวมและด้านพฤติกรรมสื่อสารจริงสูงกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่าในบริบทของงานสาธารณสุขชุมชน เพศหญิงมักมีบทบาททางสังคมที่ใกล้ชิดกับครอบครัว และเครือข่ายชุมชนให้มีโอกาสในการสื่อสารให้คำแนะนำ และถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพบ่อยครั้งกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา วิชญาณนท์ (2563) ที่พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเองจาก PM2.5 สูงกว่าเพศชาย ผลการศึกษายังพบว่าระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อระดับความรู้มากนัก อธิบายได้ว่าความรู้ในบริบทของ อสม. อาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับวุฒิการศึกษาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติงานจริง และการได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จังหวัดแพร่ ในการศึกษาครั้งนี้ที่มีอายุเฉลี่ยสูงถึง 50.42 ปี และมีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่เฉลี่ยยาวนานถึง 10.26 ปี สะท้อนให้เห็นว่า 'ทุนทางประสบการณ์' และความชำนาญจากการลงพื้นที่ปฏิบัติงานจริงอย่างต่อเนื่อง มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงมากกว่าระดับการศึกษาในระบบเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะเชิงบริบทไม่ได้ขึ้นกับวุฒิการศึกษาเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับประสบการณ์ การฝึกอบรม และการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสม สำหรับความแตกต่างระหว่างอำเภอที่ส่งผลเฉพาะความรู้ด้านการประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยงนั้น อาจเนื่องจากเป็นทักษะที่ขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่มากกว่าความรู้พื้นฐานทั่วไป เช่น ด้านความรู้หรือเจตคติอาจได้รับอิทธิพลจากนโยบายและคู่มือมาตรฐานเดียวกันของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ อสม. ทุกอำเภอมีพื้นฐานใกล้เคียงกัน แต่ทักษะการประเมินสถานการณ์และการถ่ายทอด

ความเสี่ยง ต้องอาศัยสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหา PM2.5 ในพื้นที่จริง ความถี่ของการสื่อสารสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 การสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดังนั้นอำเภอที่เผชิญสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 รุนแรงหรือมีระบบเฝ้าระวังเข้มแข็ง อสม.จะมีโอกาสฝึกประเมินสถานการณ์และถ่ายทอดความเสี่ยงน้อยกว่า ส่งผลให้คะแนนด้านนี้แตกต่างจากอำเภออื่น สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2564) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการสื่อสารของ อสม.แตกต่างกันตามระดับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้งในด้านข้อมูล เครื่องมือ และการอบรมเชิงปฏิบัติการ

สรุปผล

การศึกษาระดับความรอบรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กของ อสม. จังหวัดแพร่ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็ก เพศ และพื้นที่อำเภอที่ปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ฯ โดยมุ่งเน้นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนตามบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน และการดึงศักยภาพเฉพาะด้านของ อสม. มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารความเสี่ยงและยกระดับการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงหลักสูตรการอบรม อสม.โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การประเมินและถ่ายทอดความเสี่ยง และพฤติกรรม การสื่อสารจริง โดยจัดกิจกรรมในรูปแบบการฝึกปฏิบัติ หรือการจำลองสถานการณ์

2) ควรจัดให้มีการอบรมหรือทบทวนความรู้เกี่ยวกับฝุ่นละอองขนาดเล็กให้กับ อสม.ทุกคน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วงก่อนฤดูฝุ่นควัน (มกราคม-เมษายน) เพื่อให้ อสม. มีองค์ความรู้ และข้อมูลที่ทันสมัยสามารถสื่อสารความเสี่ยงในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง

3) ควรยกระดับพฤติกรรมสื่อสารเชิงรุก โดยการสนับสนุนสื่อในรูปแบบอินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอ หรือชุดข้อมูลในแอปพลิเคชัน LINE ที่มีเนื้อหาเฉพาะเจาะจงกับบริบทของจังหวัดแพร่ รวมถึงการจัดอบรม เชิงปฏิบัติการให้ อสม. มีความเชี่ยวชาญในการใช้แอปพลิเคชัน Air4Thai หรือ facebook

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานของ อสม. รวมถึงสาเหตุของช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ

2) ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ หรือหลักสูตรการอบรม อสม. ด้านการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมใหม่กับกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. (2567). รายงานสถานการณ์คุณภาพอากาศประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). คู่มือการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา วิชานนท์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(1), 78–89.
- ภาสกร แก้วกาญจนดิษฐ์, ธนภรณ์ จิตตะวิริยะกุล, & สุภาภรณ์ อินทะกนก. (2563). ระดับความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับ PM2.5 ของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 26(1), 42–52.
- วชิรวิทย์ พิทักษ์, & ธนกร รุ่งเรือง. (2565). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสื่อสารสุขภาพเรื่องฝุ่นละออง PM2.5: การศึกษากรณีพื้นที่ภาคเหนือ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพัฒนา*, 8(2), 120–131.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. (2567). แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) จังหวัดแพร่ ปี 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- 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.
- World Health Organization. (2023). *WHO global air quality guidelines: Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. Geneva: WHO.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.

ประสิทธิผลของน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือน แบบปฐมภูมิของวัยรุ่นหญิง EFFECTIVENESS OF HERBAL OIL IN REDUCING PRIMARY DYSPMENORRHEA AMONG ADOLESCENT GIRLS

สุกัญญา บุญชู, สุชาวดี ทาจาก, กฤษณีย์ ศรีใจ*, รัศมี สุชนรินทร์, อุเทน มุกเย, จันทร์จิรา บุญมา

Sukanya Boonchoo, Suchawadee Thajak, Kridanai Srijai*, Rassamee Suknarin, Uthen Mookyae, Chancheera Boonma

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author E-mail: kritdanai.s@scphpl.ac.th

Received: 6 Jan., 2026

Revised: 20 Apr., 2026

Accepted: 30 Apr., 2026

บทคัดย่อ

การนำสมุนไพรไทยมาใช้ในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนเป็นภูมิปัญญาของบรรพบุรุษไทยที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนานสามารถช่วยให้ผู้หญิงใช้ชีวิตประจำวันในช่วงมีประจำเดือนได้อย่างปกติ การวิจัยนี้เป็นเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนตามกรรมวิธีทางแพทย์แผนไทย ศึกษาประสิทธิผลของน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือน และความพึงพอใจต่อการใช้น้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ ของวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นหญิง อายุ 15-25 ปี ที่มีอาการปวดประจำเดือน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน (ทาน้ำมันสมุนไพรบริเวณหน้าท้อง) และกลุ่มควบคุม 30 คน (ไม่ได้ทาน้ำมันสมุนไพรบริเวณหน้าท้อง) สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของหลักสูตร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคมด้วยแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น 0.793 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า น้ำมันสมุนไพรที่มีส่วนผสมของหัวไพล ขมิ้นชัน น้ำมันมะพร้าวและพิมเสนสามารถเตรียมได้ด้วยกรรมวิธีการหุง เมื่อนำมาทดลองใช้ในกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับการปวดประจำเดือนหลังทดลอง ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.85) มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 5.93$, S.D. = 0.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบระดับการปวดประจำเดือนหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการปวดประจำเดือน ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.85) มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 5.37$, S.D. = 1.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และในกลุ่มทดลองที่ใช้ น้ำมันสมุนไพร มีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีความพึงพอใจในการนำมาใช้ได้สะดวกและช่วยบรรเทาอาการปวดบริเวณที่ทำได้มากที่สุด การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้น้ำมันสมุนไพรเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยบรรเทาอาการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิในวัยรุ่นหญิงได้ ช่วยสืบสานภูมิปัญญาไทยในการนำมาใช้ดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: ปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ; วัยรุ่นหญิง; น้ำมันสมุนไพร; ประสิทธิภาพ

Abstract

Thai Traditional herbal remedies have long been employed to relieve menstrual pain, reflecting ancestral wisdom that supports women's well-being during menstruation. This quasi-experimental study utilized a two-group pretest-posttest design aimed to develop a herbal oil preparation for relieving primary dysmenorrhea using Thai traditional medicine techniques, examine its effectiveness, and evaluate user satisfaction among female adolescents. The sample consisted of 60 adolescent girls aged 15-25 years with dysmenorrhea, divided into an experimental group of 30 (Topical application of herbal oil to the abdominal area) and a control group of 30 (No herbal oil was applied to the abdominal area). Samples were selected using proportionate stratified random sampling according to academic programs. Data were collected from January to March using a questionnaire validated by three experts (IOC = 0.67–1.00), with a reliability coefficient of 0.793. Data were collected using questionnaires and analyzed with descriptive statistics, paired sample t-test, and independent t-test at a significance level of 0.05.

The findings revealed that herbal oil prepared through the roasting method using Zingiber cassumunar (Phlai), Curcuma longa (Turmeric), coconut oil, and borneol. The results showed that the mean pain score in the experimental group after the intervention ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.85) was significantly lower than before the intervention ($\bar{X}$ = 5.93, S.D. = 0.91) ($p \leq 0.001$). Comparison of post-intervention scores between the experimental and control groups also revealed significantly lower pain levels in the experimental group ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.85 vs. $\bar{X}$ = 5.37, S.D. = 1.33, $p \leq 0.001$). Participants reported high overall satisfaction with the herbal oil, especially regarding its convenience and ability to relieve localized pain. The findings indicate that Thai herbal oil is a promising alternative for reducing primary dysmenorrhea among female adolescents and support the continued application of Thai traditional wisdom in public health care.

Keywords: Primary dysmenorrhea; Adolescent Girls; Herbal oil; Effectiveness

บทนำ

การมีประจำเดือนของผู้หญิงเป็นปรากฏการณ์ทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามระยะพัฒนาการ โดยผู้หญิงจะเริ่มมีประจำเดือนเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นประจำทุกเดือน ทั้งนี้ อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (สมรัก ครอบยุทธ์ และเรืองฤทธิ์ โทรพันธ์, 2563) การปวด

ประจำเดือนเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยรุ่นหญิงทั่วโลกมีรายงานความชุกสูงมากกว่าร้อยละ 60 ที่พบอาการปวดในระดับใดระดับหนึ่ง และประมาณ 1 ใน 3 มีอาการรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อการเรียนและคุณภาพชีวิตประจำวัน (Horvat et al, 2023) สาเหตุของอาการปวดประจำเดือนเกิดจากกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวอย่างรุนแรง ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่งผลให้

เกิดภาวะขาดเลือด อันเป็นผลจากการที่เยื่อโพรงมดลูก ผลิตสารโพรสตาแกลนดินส์ปริมาณมากในช่วงที่มี ประจำเดือน โดยพบว่ามียกระดับสูงสุดระหว่าง 24 ชั่วโมง แรกของการมีประจำเดือน มักเริ่มปวดท้องน้อยไม่กี่ ชั่วโมงก่อนหรือหลังจากเริ่มมีประจำเดือน และอาการจะ ยังคงอยู่ได้นานถึง 48-72 ชั่วโมง (เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ และยุวดี วิทย์พันธ์, 2562) ผู้หญิงวัยรุ่น ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนมีอายุระหว่าง 15-25 ปี จะมี อาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ คือ มีอาการปวดเกร็งท้องน้อยที่สัมพันธ์กับรอบไข่ตกตามปกติโดยที่ไม่พบ รอยโรคในอุ้งเชิงกราน ซึ่งอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นในช่วง 6-12 เดือนหลังมีประจำเดือนครั้งแรกและในแต่ละรอบ จะมีอาการปวดนานประมาณ 8-72 ชั่วโมง (พลพัญ์ ยงฤทธิปกรณ์, 2559) อาการปวดจะมีลักษณะปวดแบบ ปีบ ๆ เหมือนขณะคลอดบุตรบริเวณตรงกลางเหนือ หัวหน่าว อาจปวดร้าวไปที่ต้นขาและหลัง มีอาการ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย รวมถึงนอน ไม่หลับร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การร่วม กิจกรรมทางสังคมกับเพื่อน เป็นต้น ตลอดจนส่งผลต่อ สัมพันธภาพกับผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ผู้ร่วมงานและผู้คนรอบข้าง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอาจส่งผลต่อเนื่อง จนถึงวัยทำงานได้ (เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ และยุวดี วิทย์พันธ์, 2562)

การรักษาอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ แบบการแพทย์แผนปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การใช้ยาในกลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) การใช้ฮอร์โมนรวม การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การประคบด้วยกระเปาะน้ำร้อน แต่อาจมีข้อเสีย คือ ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

ตลอดช่วงของการใช้งานและอาจรบกวนการดำเนิน กิจกรรมประจำวันของผู้ใช้ เนื่องจากต้องพอกอยู่กับที่ ระหว่างการประคบร้อน หรือการออกกำลังกายที่ช่วย บรรเทาความรู้สึกเจ็บปวดในขณะมีอาการปวด ประจำเดือน หรือการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า เป็นต้น (พลพัญ์ ยงฤทธิปกรณ์, 2559) ทางกรมแพทย์แผนไทย ให้ความสำคัญกับตำรับยาสมุนไพรไทยหลายชนิดใน การบรรเทาอาการปวดประจำเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มวัยรุ่นและสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีประสบปัญหา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs เช่น ตำรับประสะไพล ซึ่งประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด ได้แก่ ไพล ขิง กระชาย และอบเชย ซึ่งมีผลการวิจัย พบว่า การรับประทานประสะไพลแคปซูล 1,000 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วันในช่วงมี ประจำเดือน สามารถลดความรุนแรงของอาการปวดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และไม่พบ ผลข้างเคียงรุนแรง (Vannabhum et al., 2016) นอกจากนี้ ตำรับยาเลือดงาม มีผลการศึกษาว่าสามารถ ลดความเจ็บปวดจากการปวดประจำเดือนได้ในระดับที่ ใกล้เคียงกับยาในกลุ่ม NSAIDs แต่มีผลข้างเคียงที่ น้อยกว่า ซึ่งอาจเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ที่ไม่สามารถ ใช้ยาต้านการอักเสบได้ (Thamlikitkul & Boonruab, 2020) และจากการศึกษาสมุนไพร เช่น อบเชย ยี่หระ และขิง พบว่า ช่วยลดความรุนแรงของอาการปวด ประจำเดือนขึ้นต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอบเชย ช่วยลดระยะเวลาของอาการปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (Xu et. al, 2020) และมีการศึกษาการใช้สมุนไพร แบบทาช่วยลดอาการปวดได้ 83.7% สูงกว่า การรับประทานยาแก้ปวด (71.3%) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ อาการปวดทุเลาหลังใช้ยาทา (4.5 ± 2.9) เทียบกับ

การรับประทานยา (5.6 ± 3.3) การใช้ยาที่ต้องการยา
แก้ปวดเสริมลดลง (48.2%) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่
รับประทานยาแก้ปวด (59.1%) อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($P < 0.001$) และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
ร้ายแรงในทั้งสองกลุ่ม (Toumia, M., Dhaoui, R., Sassi,
S., et al., 2025) และการศึกษาของ Parris et. al
(2019) พบว่า ยาสมุนไพรที่ผลิตจากน้ำมันมะพร้าวใช้ทา
ภายนอกสามารถลดปวดกล้ามเนื้อและกระดูกได้ดี
ใกล้เคียงการใช้ยาแก้ปวดซีฟีนไดโคลฟีแนคและน้ำมันมะลิ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำสมุนไพรไทย
โดยเฉพาะโพลและขมิ้นชันที่สามารถลดอาการปวด
ประจำเดือนได้ มาผลิตตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผน
ไทย ในรูปแบบของยาทาภายนอก ซึ่งเป็นภูมิปัญญาของ
บรรพบุรุษไทย มาใช้เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวด
ประจำเดือน ช่วยให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันในช่วงที่มี
ประจำเดือนได้อย่างปกติสุข เป็นประโยชน์ต่อบุคลากร
ด้านสาธารณสุขในการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ดูแล
สุขภาพของประชาชน และเป็นการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยา
สมุนไพรให้มีความสะดวกต่อการใช้ มีคุณภาพ มีความ
ปลอดภัย และเป็นการสืบสานภูมิปัญญาไทยต่อไปใน
อนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของน้ำมันสมุนไพร
บรรเทาอาการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิของวัยรุ่น
หญิงโดยเปรียบเทียบคะแนนความปวด ก่อนและหลัง
ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้น้ำมัน
สมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ
ของวัยรุ่นหญิง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง
(Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน
และหลัง (The two groups, pretest-posttest design)
ได้รับการพิจารณาและเห็นชอบโดยคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
พิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก เอกสารรับรองเลขที่ IRRB of
SCPHPL 1/2565.3.15 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นหญิง
อายุระหว่าง 15-25 ปี ที่ศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ในช่วงเดือนมิถุนายน 2564-
พฤษภาคม 2565 จำนวน 642 คน กลุ่มตัวอย่าง คำนวณ
จากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีตัวอย่าง 2 กลุ่ม
(ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2561) ดังนี้

$$n = \frac{\left(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_1 - \beta\right)^2 \left[\delta_1^2 + \frac{\delta_2^2}{r}\right]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดยกำหนดค่า $Z\alpha=1.96$, $Z\beta=1.28$, $r=1.07$,
ค่า μ_1 , δ_1^2 ในกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 3.4$, S.D. = 1.4) และ
 μ_2 , δ_2^2 ในกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 4.6$, S.D. = 1.2) (Effect
Size = 0.85) จากผลการศึกษาของกนกวรรณ ไชยลาภ
และคณะ (2560) แทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{(1.96 + 1.28)^2 \left[(1.4)^2 + \frac{(1.2)^2}{1.07}\right]}{(3.4 - 4.6)^2}$$

ได้จำนวนตัวอย่าง = 24.10

เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา จึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างภายใต้เงื่อนไข
เฉพาะอัตราการเกิดผลลัพธ์ไม่ครบถ้วนตามความ
คาดหวัง ร้อยละ 10.0 จากสูตรของอรุณ จิรวินกุล
(2558) ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2} \quad \text{แทนค่าในสูตร} \quad n_{adj} = \frac{24.10}{(1-0.1)^2} = 29.75$$

ได้จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยใช้เกณฑ์คือ เป็นวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-25 ปี มีอาการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ อยู่ในกลุ่มหลักสูตร มีอายุในแต่ละชั้นปีใกล้เคียงกัน และเก็บในช่วงเดือนเดียวกัน ได้จำนวนตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ไม่มีโรคประจำตัวหรือความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการใช้น้ำมันสมุนไพร ไม่มีประวัติแพ้สมุนไพร และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยและให้ข้อมูล เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เกิดเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ เช่น เกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มีอาการเจ็บป่วยลาออก เป็นต้น เกิดอาการแพ้สมุนไพรในระหว่างการวิจัย ในระหว่างการวิจัยต้องไม่ใช้ยาแก้ปวดหรือรักษาด้วยวิธีการอื่นและผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย

2. เครื่องมือ ประกอบด้วย น้ำมันสมุนไพรสำหรับใช้ทดลอง และแบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 น้ำมันสมุนไพรสำหรับใช้ทดลอง เป็นสมุนไพรที่ผู้วิจัยนำมาเตรียมน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนของหญิงวัยรุ่น พัฒนามาจากสูตรน้ำมันโพลีเอสเตอร์ที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบและแก้ปวด โดยใช้กรรมวิธีทางเภสัชกรรมแผนไทย คือ การหุง ซึ่งจะทำให้ตัวยานอกฤทธิ์ได้ดีที่สุด ประกอบด้วย ตัวยาสมุนไพร ได้แก่ 1) หัวโพลสด 2 กิโลกรัม 2) ขมิ้นชันสด 1/2 กิโลกรัม 3) น้ำมันมะพร้าว 1 กิโลกรัม และ 4) พิมเสน 100 กรัม

วิธีทำ:

1) หั่นโพลสดและขมิ้นชันสด ให้เป็นชิ้นบาง ๆ และนำสมุนไพรมาตำให้พอละเอียดและกรองเอาเฉพาะน้ำมันสมุนไพรด้วยผ้าขาวบาง

2) เทน้ำมันมะพร้าวลงกระทะ ยกตั้งไฟ พอ น้ำมันร้อนปานกลาง (เดือดเป็นฟองเล็กน้อย) นำน้ำมันโพลสดและขมิ้นชันที่คั้นไว้ ลงหุงในน้ำมันมะพร้าว

3) คนให้ไม่ติดกันกระทะ ควบคุมไฟให้เหมาะสม ใช้เวลาหุงประมาณ 6 ชั่วโมง จนแยกเป็นน้ำมันสมุนไพร

4) ปล่อยให้ น้ำมันสมุนไพรเย็นแล้ว ผสมพิมเสนลงในน้ำมันให้เข้ากัน

5) บรรจุ น้ำมันสมุนไพรในภาชนะขวดขนาด 24 ซีซี แล้วปิดฝาให้สนิทเพื่อป้องกันการระเหยก่อนนำไปใช้

สรรพคุณ: ใช้ทาบรรเทาอาการปวดประจำเดือนสตรี

ขนาดและวิธีการใช้:

1) ทดสอบการแพ้ก่อนใช้น้ำมันสมุนไพร โดยทาน้ำมันปริมาณเล็กน้อยบริเวณผิวหนังข้อพับแขน สังเกตอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง หากมีอาการแพ้ เช่น ภูมิแพ้หรือมีผื่นคัน เป็นต้น ไม่ควรใช้น้ำมันสมุนไพร

2) หากมีอาการแพ้น้ำมันสมุนไพร ให้ใช้น้ำมันสมุนไพรทาถูเบา ๆ บริเวณหน้าท้องที่มีอาการปวด วันละ 2-3 ครั้ง จนกว่าจะหายปวดประจำเดือน

ข้อห้าม: ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผล

หลังจากเตรียมน้ำมันสมุนไพรแล้ว ผู้วิจัยนำน้ำมันสมุนไพรไปทดลองใช้ในนักศึกษาวัยรุ่นหญิงวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน

2.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ หลักสูตรที่กำลังศึกษา และโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2) ข้อมูลเกี่ยวกับการปวดประจำเดือน ได้แก่ ระยะเวลาปวดประจำเดือน ช่วงเวลาปวดประจำเดือน บริเวณปวดประจำเดือน อาการข้างเคียง วิธีการรักษา อาการปวดประจำเดือน ผลต่อกิจวัตรประจำวันและผลต่อการเรียน/การทำงาน ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

3) แบบประเมินอาการปวดประจำเดือน ก่อนและหลัง แบ่งระดับอาการปวดเป็น 5 ระดับ (Numeric Rating Scale: NRS) คือ

คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย, ขยับตัวก็ไม่ปวด

คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อยพอทนได้นอนเฉย ๆ ไม่ปวด, ขยับแล้วปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลางนอนเฉย ๆ ก็ปวด ขยับก็ปวด

คะแนน 7-9 หมายถึง ปวดมากเมื่อนอนนิ่ง ๆ

คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้

การแปลผล แบ่งระดับอาการปวดออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

ระดับน้อย หมายถึง มีคะแนนระดับอาการปวด 1-4 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนระดับอาการปวด 5-7 คะแนน

ระดับมาก หมายถึง มีคะแนนระดับอาการปวด 8-10 คะแนน

4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้น้ำมันสมุนไพรทาอาการปวดประจำเดือน จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ

5 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

3 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุดหรือไม่พึงพอใจเลย

การแปลผล แบ่งระดับอาการปวดออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

ระดับน้อย หมายถึง มีคะแนนระดับความพึงพอใจ 1.00-2.33 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนระดับความพึงพอใจ 2.34-3.66 คะแนน

ระดับมาก หมายถึง มีคะแนนระดับความพึงพอใจ 3.67-5.00 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือ ใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แปลผลหาค่า IOC รายข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 (Rovinelli & Hambleton, 1977) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในกลุ่มนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ความพึงพอใจ เท่ากับ 0.793 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่มีความเชื่อมั่นได้ (Edelsbrunner et al., 2025)

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนและหลักสิทธิในการยินยอมและความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลกแล้ว โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สำหรับผู้ที่มีอาการปวดประจำเดือน และเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยทีมผู้วิจัย โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยและลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร หลักจากเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล โดยกำหนดรหัสและบันทึกลงคอมพิวเตอร์แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีการทางสถิติในลำดับต่อไป

ผลการศึกษา

1. ประสิทธิภาพของน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนแบบประจําภูมิของวัยรุ่นหญิง

1.1 ข้อมูลทั่วไป ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 19.97 ปี (S.D. = 0.77) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 19.97 ปี (S.D. = 0.72) ($p = 1.00$) กลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.70 กลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ($p = 0.31$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากกำลังศึกษาในหลักสูตรการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 30.00 ($p = 1.00$) โดยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	$\bar{X}=19.97$, S.D.=0.76, Min=19, Max=22		$\bar{X}=19.97$, S.D.=0.72, Min=19, Max=21	
19 ปี	8	26.70	8	26.70
20 ปี	16	53.30	15	50.00
21 ปี	5	16.70	7	23.30
22 ปี	1	3.30	0	0.00
หลักสูตรที่กำลังศึกษา				
สาธารณสุขชุมชน	8	26.70	8	26.70
ทันตสาธารณสุข	8	26.70	8	26.70
แพทย์แผนไทย	9	30.00	9	30.00
เทคนิคเภสัชกรรม	5	16.70	5	16.70
โรคประจำตัว				
ไม่มี	29	96.70	30	100.00
มี	1	3.30	0	0.00

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยตรวจสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการปวดประจำเดือน อาการปวดประจำเดือน และความพึงพอใจต่อการใช้น้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

4.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired sample t-test และระหว่างกลุ่มด้วย ANCOVA (Analysis of Covariance) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปวดประจำเดือน ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาปวดประจำเดือนเฉลี่ย 1.67 วัน (S.D. = 0.71) ช่วงเวลาปวดประจำเดือน ส่วนมากปวดไม่เป็นเวลา ร้อยละ 56.70 บริเวณปวดประจำเดือน คือ บริเวณท้องน้อยตรงกลางใต้สะดือ ร้อยละ 77.40 อาการข้างเคียง คือ มีอาการไม่สบาย ร้อยละ 93.30 วิธีการรักษาอาการปวดประจำเดือน ส่วนมากนอนพักและประคบหน้าท้องด้วยกระเป๋าน้ำร้อน ร้อยละ 86.70 ผลต่อกิจวัตรประจำวัน คือ ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ร้อยละ 93.30 และมีผลทำให้ต้องหยุดเรียนหรือหยุดทำงาน ร้อยละ 6.70 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาปวดประจำเดือนเฉลี่ย 1.67 วัน (S.D. = 0.71) ช่วงเวลาปวดประจำเดือน ส่วนมากปวดไม่เป็นเวลา ร้อยละ 76.60 บริเวณปวดประจำเดือน คือ บริเวณท้องน้อยตรงกลางใต้สะดือ ร้อยละ 83.30 อาการข้างเคียง คือ มีอาการหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียและความไม่สบายเท่ากัน ร้อยละ 73.30 วิธีการรักษาอาการปวดประจำเดือน ส่วนมากนอนพักและประคบหน้าท้องด้วยกระเป๋าน้ำร้อน ร้อยละ 73.30 ผลต่อกิจวัตรประจำวัน คือ ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ร้อยละ 43.30 และมีผลทำให้ต้องหยุดเรียนหรือหยุดทำงาน ร้อยละ 13.30 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการปวดประจำเดือน

ข้อมูลเกี่ยวกับการปวดประจำเดือน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาปวดประจำเดือน	$\bar{X}=1.67$, S.D.=0.71, Min.=1, Max.=3		$\bar{X}=1.67$, S.D.=0.71, Min.=1, Max.=4	
ปวด 1 วัน	14	46.70	13	43.30
ปวด 2 วัน	12	40.00	15	50.00
ปวด 3-4 วัน	4	13.30	2	6.60
ช่วงเวลาปวดประจำเดือน				
ปวดตลอดเวลา	13	43.30	7	23.30
ปวดไม่เป็นเวลา	17	56.70	23	76.60
บริเวณปวดประจำเดือน				
บริเวณท้องตรงกลางเหนือสะดือ	1	3.30	0	0.00
บริเวณท้องน้อยตรงกลางสะดือ	21	67.70	11	36.70
บริเวณท้องน้อยตรงกลางใต้สะดือ	24	77.40	25	83.30
บริเวณเอว	6	20.00	16	53.30
บริเวณหลัง	7	23.30	17	56.70
บริเวณบั้นท้าย	4	13.30	3	10.00
อาการข้างเคียง				
ตึงคัดหน้าอก	10	33.30	11	36.70
หงุดหงิด/อารมณ์เสีย	9	30.00	22	73.30
คลื่นไส้/อาเจียน	1	3.20	2	6.70
เหงื่อออกมาก	4	13.30	6	20.00
ปวดศีรษะ	4	13.30	6	20.00
เหนื่อยล้า	27	90.00	21	70.00

ข้อมูลเกี่ยวกับการปวดประจำเดือน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สุขสบาย	28	93.30	22	73.30
ท้องเสีย/ท้องอืด	7	23.30	9	30.00
วิธีการรักษาอาการปวดประจำเดือน				
กินยาแก้ปวด	11	36.70	18	60.00
นอนพักประคบหน้าท้องด้วยกระเป๋าน้ำร้อน	26	86.70	22	73.30
ใช้ปลายนี้วนวดท้องน้อยเบา ๆ เป็นวงกลม	3	10.00	5	16.70
ดื่มน้ำอุ่น/อาบน้ำอุ่น	6	20.00	10	33.30
เดินหรือออกกำลังกายเบาๆ	2	6.70	2	6.70
รักษาด้วยการทาน/ดื่ม ยาสมุนไพร	0	0.00	1	3.30
ผลต่อกิจวัตรประจำวัน				
ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	2	6.70	17	56.70
ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง	28	93.30	13	43.30
ผลต่อการเรียน/การทำงาน				
หยุดเรียน/หยุดทำงาน	2	6.70	4	13.30
ไม่ต้องหยุดเรียน/หยุดทำงาน	28	93.30	26	86.70

1.3 การประเมินอาการปวดประจำเดือน ตามค่าระดับอาการปวดก่อนและหลังใช้น้ำมันสมุนไพร พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลองส่วนมากมีระดับอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 76.70 และ 80.00 ตามลำดับ โดยคะแนนรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.93$, S.D. = 0.91) และ ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.85) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองส่วนมากมีระดับอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 80.00 และ 73.30 ตามลำดับ โดยคะแนนรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.10$, S.D. = 1.24) และ ($\bar{X} = 5.37$, S.D. = 1.33) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับอาการปวดก่อนและหลังทดลอง

ระดับอาการปวด	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มควบคุม (n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
ก่อนทดลอง			5.93 (0.91)	ปานกลาง			5.10 (1.24)	ปานกลาง
ปวดเล็กน้อย (1-4)	0	0.00			3	10.00		
ปวดปานกลาง (5-7)	23	76.70			24	80.00		
ปวดมากที่สุด (8-10)	7	23.30			3	10.00		
หลังทดลอง			4.20 (0.85)	ปานกลาง			5.37 (1.33)	ปานกลาง
ปวดเล็กน้อย (1-4)	6	20.00			2	6.70		
ปวดปานกลาง (5-7)	24	80.00			22	73.30		
ปวดมากที่สุด (8-10)	0	0.00			6	20.00		

2.4 เปรียบเทียบประสิทธิผลของน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือน พบว่า ระดับอาการปวดประจำเดือนในกลุ่มทดลองด้วย Pair t-test พบว่า หลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 1.97$) ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน มีขนาดอิทธิพลในระดับต่ำ (Cohen's $d = 0.21$) และเมื่อเปรียบเทียบระดับอาการปวดประจำเดือนหลังทดลองโดยวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) พบว่า ในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง (Partial $\eta^2 = 0.20$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับอาการปวดประจำเดือน ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบ	$\bar{X}$ (S.D.)	t / F	p-value	95% CI	Effect size
ภายในกลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง (n=30)	5.93 (0.91)	t=8.16	< 0.001**	1.30-	d=1.97
หลังทดลอง (n=30)	4.20 (0.85)			2.16	
ภายในกลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง (n=30)	5.10 (1.24)	1.12	0.270	-0.22-	d=0.21
หลังทดลอง (n=30)	5.37 (1.33)			0.76	
ระหว่างกลุ่มหลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n=30)	4.20 (0.85)	t=4.07	< 0.001**	0.59-	d=1.04
กลุ่มควบคุม (n=30)	5.37 (1.33)			1.75	
ระหว่างกลุ่ม (ควบคุมก่อนทดลอง)	Adjusted Mean				
กลุ่มทดลอง (n=30)	4.33	F=14.60	< 0.001**	3.83-	$\eta^2=0.20$
กลุ่มควบคุม (n=30)	5.24			5.74	

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001

2. ความพึงพอใจต่อการใช้น้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือน

ความพึงพอใจต่อการใช้น้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนในกลุ่มทดลองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนมากที่สุด คือ มีความสะดวกในการใช้ ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.38) และช่วยบรรเทาอาการปวดบริเวณที่ทำได้ ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.46) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจต่อการใช้น้ำมันสมุนไพรลดอาการปวดประจำเดือน

ระดับความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความสะดวกในการใช้	4.17	.379	สูง
สีของน้ำมันสมุนไพร	4.00	.695	สูง
กลิ่นของน้ำมันสมุนไพร	3.93	.583	สูง
การแผ่กระจายบนผิวหนังของน้ำมันสมุนไพร	4.10	.548	สูง
ความรู้สึกร้อนของน้ำมันสมุนไพร	4.00	.525	สูง
การซึมซาบเข้าสู่ผิวหนังของน้ำมันสมุนไพร	4.10	.662	สูง
ช่วยบรรเทาอาการปวดบริเวณที่ทำได้	4.17	.461	สูง
ความมั่นใจต่อผิวหนังของน้ำมันสมุนไพร	4.00	.695	สูง
ความพึงพอใจโดยรวม	4.13	.434	สูง

อภิปรายผล

การเตรียมน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยในครั้งนี้ใช้หัวไพลเป็นตัวยาลหลัก เนื่องจากเป็นสมุนไพรที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบและเป็นสารต้านอนุมูลอิสระรวมถึงอาการปวดที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกและประจำเดือน โดยในประเทศไทย ไพลเป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่ถูกนำมาใช้เพื่อรักษาโรคต่าง ๆ เนื่องจากมีสารประกอบสำคัญหลายชนิดที่มีคุณสมบัติทางการรักษา เช่น เคอร์คูมินอยด์ และน้ำมันหอมระเหย เป็นต้น (Han et al, 2021) สอดคล้องกับการทดลองให้สมุนไพรไทยประสะไพล ขนาด 1,000 มิลลิกรัมรับประทานวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เป็นเวลา 3 วัน นับตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือน ในสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนปฐมภูมิ จำนวน 40 ราย พบว่าความรุนแรงของอาการปวดโดยเฉลี่ยตั้งแต่วันแรกถึงวันที่ 3 ของรอบเดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) (Vannabhum et al, 2016) และใช้สมุนไพรขมิ้นชันเป็นตัวยารอง โดยมีหลายงานวิจัยระบุว่ามีสารสำคัญ คือ เคอร์คูมิน มีผลต่ออาการปวดประจำเดือนผ่านกลไกต่าง ๆ โดยยับยั้งการทำงานของไซโคลออกซีจีเนส-2 (COX-2) และการผลิตพรอสตาแกลนดิน ที่ช่วยลดการอักเสบและบรรเทาอาการปวดประจำเดือนและลดความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดระหว่างมีประจำเดือนได้ นอกจากนี้ คุณสมบัติการต้านอนุมูลอิสระ ยังช่วยรักษาสมดุลของฮอร์โมน ออกฤทธิ์ระงับปวดและบรรเทาอาการปวดประจำเดือน และการศึกษาระบุว่าฤทธิ์บรรเทาอาการปวดของเคอร์คูมินอาจเทียบเท่ากับยา NSAIDs ที่ใช้กันทั่วไปในการรักษาอาการ

ปวดประจำเดือน (Shabanian Boroujeni et al, 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahmawati et Al (2024) พบว่า ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่เป็นนักศึกษา 50 คน ที่มีอาการปวดประจำเดือน ได้รับการบำบัดด้วยเครื่องต้มขมิ้นชัน (*Curcuma longa*) เป็นเวลาสามวัน มีระดับความเจ็บปวดประจำเดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การวิจัยนี้ใช้น้ำมันมะพร้าวมาทอดไพลในอัตราส่วนของไพลต่อน้ำมันมะพร้าว คือ 2 : 1 และทอดด้วยไฟร้อนปานกลาง ประมาณไม่เกิน 160 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นวิธีการเตรียมน้ำมันไพลมีสรรพคุณบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2566 และการเตรียมนยาโดยวิธีนี้สามารถลดขั้นตอนการเตรียมสารสกัดได้ โดยสามารถนำสารสกัดน้ำมันไพลมาใช้เป็นน้ำมันทาถูจนได้ทันทีโดยไม่ต้องระเหยตัวทำละลายออกจากสารสกัดและมีผลการวิจัย พบว่า มีฤทธิ์ด้านการอักเสบและแก้ปวด โดยมีกลไกการออกฤทธิ์เช่นเดียวกับยาในกลุ่ม NSAIDs (กรรณิการ์ จันทรแก้ว, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาทดลองการทาน้ำมันมะพร้าวบนท้องน้อย ในผู้หญิง จำนวน 30 คน พบว่าการทาน้ำมันมะพร้าวบริเวณหน้าท้องส่วนล่างของสตรีมีประจำเดือนช่วยลดอาการปวดประจำเดือนได้ โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 ± 1.03 และหลังการทดลองเท่ากับ 0.76 ± 0.97 อาการปวดลดลงเฉลี่ย 1.27 ($t = 13.32$) โดยได้ผลลดความเจ็บปวดภายใน 1 ชั่วโมงหลังการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Vaishnavi et al, 2023) ส่วนพืชมเสนเป็นตัวยาลช่วยมีรสเย็นกลิ่นหอมและช่วยบรรเทาปวดเฉพาะที่ได้ตามผลการทดลองของ Wang et al. (2017) พบว่า การทา

พืชมเสนเฉพาะจุดสามารถลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ

การนำสมุนไพรทั้ง 4 ชนิดมาใช้มีฤทธิ์เสริมกัน ช่วยบรรเทาอาการปวดประจำเดือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่นิยมนำสมุนไพรดังกล่าวมาใช้ในการลดอาการปวดมาอย่างยาวนาน สอดคล้องกับผลการทดลองใช้น้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กษมน อินทร์บัว และคณะ (2562) พบว่า ระดับอาการปวดท้องประจำเดือนชนิดปฐมภูมิก่อนและหลังการรักษาด้วยลูกประคบสมุนไพรลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) จากการศึกษาของกัญทร ยินเจริญ และคณะ (2565) พบว่า เจลสมุนไพรสูตรประยุกต์ซึ่งมีส่วนผสมของสารสกัดสมุนไพรในตำรับยาพอกท้องน้อย ขับโลหิตสามารถลดระดับอาการปวดประจำเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากการใช้เป็นเวลา 30 นาทีเป็นต้นไป สำหรับกลุ่มยาพอกสมุนไพรสามารถลดระดับอาการปวดประจำเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากการใช้เป็นเวลา 15 นาทีเป็นต้นไป โดยทั้งเจลสมุนไพรสูตรประยุกต์และการพอกยาสมุนไพร สามารถลดระดับอาการปวดประจำเดือนได้ดีไม่แตกต่างกัน และไม่พบผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ และส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในการนำสมุนไพรมาใช้รักษาโรคโลหิตระดูสตรีและยังมั่นใจในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ (เกศริน มณีขุน, 2560) จากเหตุผลเหล่านี้จึงช่วยสนับสนุนให้การนำสมุนไพรไทยมาใช้บรรเทา

อาการปวดประจำเดือนได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการสืบสานภูมิปัญญาไทยสืบไปในอนาคต

สรุปผล

การเตรียมน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนในการวิจัยนี้ พัฒนามาจากสูตรน้ำมันโพลีเอสเตอร์และใช้กรรมวิธีการหุงเพื่อให้ได้ยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด หลังจากนั้นนำมาทดลองใช้ในกลุ่มทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของน้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือนกับกลุ่มควบคุมพบว่า ระดับอาการปวดประจำเดือนในกลุ่มทดลองหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่า ระดับอาการปวดประจำเดือนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และในกลุ่มทดลองใช้น้ำมันสมุนไพรบรรเทาอาการปวดประจำเดือน มีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีความพึงพอใจในเรื่องความสะดวกในการใช้และประสิทธิผลในการช่วยบรรเทาอาการปวดบริเวณที่ทำได้มากที่สุด แสดงให้เห็นว่าน้ำมันสมุนไพรที่มีส่วนผสมของหัวโพลีเอสเตอร์ น้ำมันมะพร้าวและพืชมเสน สามารถเตรียมได้ด้วยกรรมวิธีการหุง เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยบรรเทาอาการปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิของวัยรุ่นหญิงได้ ทั้งนี้หน่วยบริการต่าง ๆ สามารถนำน้ำมันสมุนไพรไปใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดประจำเดือนได้ หรือนำไปพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบอื่นที่ใช้งานสะดวกมากขึ้น เช่น รูปแบบสเปรย์ หรือลูกกลิ้ง เป็นต้น และเป็นการส่งเสริมการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ผู้บริหารหน่วยงาน สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย หรือวางแผนงาน การดำเนินงานบรรเทาอาการปวดประจำเดือนให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้นได้
- 2) ผู้ให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุข สามารถนำน้ำมันสมุนไพรไปใช้สำหรับการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนในกลุ่มวัยต่าง ๆ ที่มีอาการปวดประจำเดือนลักษณะใกล้เคียงกันได้
- 3) ผู้วิจัยหรือผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปพัฒนาผลิตภัณฑ์ของน้ำมันสมุนไพร เป็นรูปแบบที่ใช้งานสะดวกมากขึ้น เช่น รูปแบบสเปรย์, เจลเย็น, ลูกกลิ้ง เป็นต้น
- 4) ประชาชนในพื้นที่ที่สามารถนำน้ำมันสมุนไพรไปทำหรือพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดประจำเดือนได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กขมน อินทร์บัว และคณะ. (2562). ประสิทธิภาพของยาลูกประคบสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดท้องประจำเดือน ชนิดปฐมภูมิ. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยพายัพ*, 9, 357-368.
- กนกวรรณ ไชยลาภ สุนีย์ ละกำป็น และ นฤมล เอี่ยมณีกุล. (2560). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของนักศึกษาหญิงที่มีอาการปวดประจำเดือนชนิด ปฐมภูมิ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(4), 107-119.
- กรรณิการ์ จันทร์แก้ว. (2567). การพัฒนาวิธีการสกัดโพลีด้วยวิธีการทอดแบบน้ำมันท่วม. *วารสารหมอยาไทยวิชัย*, 10(2), 31-42.
- กัญทร ยินเจริญ ศรีนทร์รัตน์ จิตจำ สิริรัตน์ เลหาประภานนท์ ชูตินันท์ เฉียงแท้ และ วสันต์ หะยิยะห์ยา. (2565). ผล ของเจลสมุนไพรสูตรประยุกต์และตำรับยาพอกสมุนไพรต่อการบรรเทาอาการ ปวดประจำเดือนในนักศึกษาที่ ปวดประจำเดือนแบบปฐมภูมิ. *วารสารหมอยาไทยวิชัย*, 8(2), 1-12.
- เกศริน มณีขุน. (2560). ภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรรักษาโรคโลหิตระดูสตรีของหมอพื้นบ้านในจังหวัดกระบี่และ สงขลา. *วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา*, 22(3), 243-258.

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ศึกษาวิจัยประสิทธิผลน้ำมันสมุนไพรในระยะ ยาว เพื่อติดตามประสิทธิผลในการลดอาการปวด ประจำเดือน ให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
- 2) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุต่าง ๆ เพื่อ เปรียบเทียบประสิทธิผลในการนำสมุนไพรไทยช่วยลด อาการปวดประจำเดือน
- 3) ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่ออาการปวด ประจำเดือนร่วมกับการใช้สมุนไพร เพื่อเพิ่มประสิทธิผล ในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือน
- 4) ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบตัวยาสมุนไพรอื่น ๆ ที่มีประสิทธิผลในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือน ของผู้หญิง เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ดีที่สุด
- 5) เนื่องจากมีข้อจำกัด ควรควบคุมปัจจัย รบกวน เช่น พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดอื่น ๆ ระดับ ความเครียด การพักผ่อน การออกกำลังกาย หรือความ แตกต่างของรอบเดือนของผู้เข้าร่วม ที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับ ความเจ็บปวดประจำเดือน

- เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ และ ยุติ วิทย์พันธ์. (2562). ความชุก ผลกระทบและวิธีการจัดการต่ออาการปวดประจำเดือนในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(1), 41-52.
- ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2561). แบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง: การประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- พลพัญ์ ยงฤทธิ์ปกรณ. (2559). การวินิจฉัยและการรักษาอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 28(2), 112-119.
- สมรัก ครองยุทธ์ และ เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนมีประจำเดือนในสตรีวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(35), 374-388.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒน์.
- Alhasso, B., Ghori, M. U., & Conway, B. R. (2022). Systematic Review on the Effectiveness of Essential and Carrier Oils as Skin Penetration Enhancers in Pharmaceutical Formulations. *Scientia Pharmaceutica*, 90(1), 14. <https://doi.org/10.3390/scipharm90010014>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed). Prentice Hall.
- Edelsbrunner, P. A., Simonsmeier, B. A., & Schneider, M. (2025). The Cronbach's alpha of domain-specific knowledge tests before and after learning: A meta-analysis of published studies. *Educational Psychology Review*, 37, Article 4. <https://doi.org/10.1007/s10648-024-09982-y>
- Han, A. R., Kim, H., Piao, D., Jung, C. H., & Seo, E. K. (2021). Phytochemicals and Bioactivities of *Zingiber cassumunar* Roxb. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 26(8), 2377. <https://doi.org/10.3390/molecules26082377>
- Horvat, M., Pavan Jukić, D., Marinović, L., Bursać, D., Ribić, R., Neuberg, M., & Bursać, D. (2023). Prevalence of Primary Dysmenorrhoea and Its Impact on Academic Performance among Croatian Students during the COVID-19 Pandemic. *Obstetrics and gynecology international*, 2023, 2953762. <https://doi.org/10.1155/2023/2953762>
- Parris, W., Johnson, B., & Eriator, I. (2019). A randomized comparative pilot study of a topical herbal analgesic for the management of chronic musculoskeletal pain. *Journal of Clinical Research in Pain and Anesthesia*, 1(1), 1-8.
- Rahmawati, N. M., Ningrum, N. B., Kuswandari, E., Aisyah, F., & Ummah, W. (2024). Therapeutic effectiveness of Curcuma longa (turmeric) beverage on reducing dysmenorrhea pain. *Agribiohealth*, 1(1), 1-5. <https://doi.org/10.65318/agribiohealth.v1i1.4>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.

- Shabanian Boroujeni, Z., Heidari-Soureshjani, S., & Sherwin, C. M. (2024). Effects of *Curcuma longa* (turmeric) and curcumin on the premenstrual syndrome and dysmenorrhea: A systematic review. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 16(1), 33–44.
<https://doi.org/10.1177/22840265231219331>
- Thamlikitkul, V., & Boonruab, J. (2020). The evaluation of Thai herbal Leard-Ngam formula for relieving pain in primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *Songklanakarin Journal of Science and Technology*, 42(3), 589–596.
- Toumia, M., Dhaoui, R., Sassi, S., Kouraichi, C., Bel Haj Ali, K., Sekma, A., Bakir, A., Jaballah, R., Yaakoubi, H., Youssef, R., Zorgati, A., Beltaief, K., Mezgar, Z., Khrouf, M., Sghaier, A., Jerbi, N., Zemni, I., Bouida, W., Grissa, M. H., Saad, J., ... Noura, S. (2025). Efficacy of a natural herbal topical analgesic versus oral paracetamol in patients with soft tissue injury: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Pain medicine*, 26(6), 329–336.
<https://doi.org/10.1093/pm/pnaf006>
- Vaishnavi, K., Pratiksha, K., Deepti, K., Sharon, I., Jeswel, R., Maheshwari, J., Shivani, J., Sachita, J., Komal, G., Anuja, K., Wansalansha, K., & John, P. (2023). Discomfort to Comfort, Coconut oil can Reduce Menstrual Pain. *International Journal of Nursing Research*, 9(1), 6–11.
<https://innovationaljournals.com/index.php/ijnr/article/view/252/199>
- Vannabhum, M., Poopong, S., Wongwananuruk, T., Nimmannit, A., Suwannatrai, U., Dangrat, C., Apichartvorakit, A., Booranasubkajorn, S., Laohapand, T., & Akaraserenont, P. (2016). The Efficacy of Thai Herbal Prasaplai Formula for Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Short-Term Randomized Controlled Trial. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2016, 2096797. <https://doi.org/10.1155/2016/2096797>
- Wang, S., Zhang, D., Hu, J., Jia, Q., Xu, W., Su, D., Song, H., Xu, Z., Cui, J., Zhou, M., Yang, J., & Xiao, J. (2017). A clinical and mechanistic study of topical borneol-induced analgesia. *EMBO molecular medicine*, 9(6), 802–815. <https://doi.org/10.15252/emmm.201607300>
- Xu, Y., Yang, Q., & Wang, X. (2020). Efficacy of herbal medicine (cinnamon/fennel/ginger) for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of international medical research*, 48(6).
<https://doi.org/10.1177/0300060520936179>

การพัฒนารูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

DEVELOPING A MODEL OF SELF-EFFICACY COMBINED WITH SOCIAL SUPPORT THROUGH LONG-DISTANCE HOME VISITS FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASE PATIENTS AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS THROUGH COMMUNITY PARTICIPATION

สุมาลย์ โชติช่วง¹, อัจฉรพรรณ ค้ายาดี^{2*}

Sumal choatchong ¹, Ajcharapan Kayadee^{2*}

โรงพยาบาลสว่างอารมณ์¹

Sawang Arom Hospital¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท^{2*}

Boromarajonani College of Nursing, Chainat^{2*}

*Corresponding author: ajcharaphan@bcnchainat.ac.th

Received: 6 Jan., 2026 Revised: 20 Apr., 2026 Accepted: 30 Apr., 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้าน พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลการใช้รูปแบบ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ อสม. จำนวน 264 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed Rank Test และวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการศึกษาระยะแรก พบว่า อสม. มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านทางไกลที่ชัดเจน อสม.ขาดทักษะในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน การพัฒนารูปแบบ (VHV-SSS care model) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ 1) นัดหมายและเตรียมอุปกรณ์ 2) ประเมินผู้ป่วย 3) ประเมินข้อมูลสุขภาพ 4) ให้คำแนะนำตามหลัก 3อ2ส 5) ให้คำแนะนำการรับประทายยา 6) ให้คำแนะนำการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 7) บันทึกและส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาล หลังทดลองใช้รูปแบบ อสม. มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการประเมินผลรูปแบบ ภาควิชาเครือข่าย และ อสม. มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และการมีส่วนร่วมในระดับมาก ข้อเสนอจากการวิจัยหน่วยงานสาธารณสุขควรนำรูปแบบนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการเยี่ยมบ้านทางไกลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง; แรงสนับสนุนทางสังคม; การเยี่ยมบ้านทางไกล; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to: 1) examine the context and problems related to home visits for non-communicable disease (NCD) patients, 2) develop and pilot a self-efficacy and social support model for long-distance home visits among Village Health Volunteers (VHVs) through community participation, and 3) evaluate the model's outcomes. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved context and problem analysis, with a quantitative sample of 264 VHVs and 12 health network partners as qualitative informants. Phase 2 focused on model development and implementation using the Appreciation-Influence-Control (A-I-C) participatory technique and the LINE application. Phase 3 involved testing and evaluating the model with 30 VHVs over a 12-week period. Research instruments included a general information questionnaire, a self-efficacy scale, and a social support scale. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed Rank Test, and content analysis.

Phase 1 results revealed that VHVs had moderate overall self-efficacy (Mean = 3.06) and social support (Mean = 3.12). Key problems identified were the absence of systematic long-distance home visit guidelines and insufficient communication equipment. The developed VHV-SSS Care Model comprises seven operational steps: 1) scheduling and equipment preparation, 2) patient assessment, 3) health data evaluation, 4) lifestyle counseling based on the 3E2R principle, 5) basic medication guidance, 6) complication surveillance guidance, and 7) documentation and data referral to the hospital. After piloting the model, VHVs' mean scores for self-efficacy (4.35) and social support (4.28) were significantly higher than before the intervention ($p < 0.001$). In conclusion, the model developed through community participation effectively enhanced VHVs' performance in providing systematic care for NCD patients, reduced distance and time barriers, and ensured continuity of patient care. Public health agencies should adopt this model as a standard guideline for long-distance home visits to improve primary healthcare services in other areas with similar contexts.

Keywords: Self-efficacy; Social support; Long-distance home visit; Village Health Volunteers; Community participation

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2021 พบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 43 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 50 ของการเสียชีวิตทั้งหมด

ในประเทศกำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 สัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 (World Health Organization, 2025) สาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

(World Health Organization, 2013) สำหรับประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและระบบสุขภาพในวงกว้าง ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพถึงร้อยละ 75 โดยครอบคลุมการตัดสินใจเรื่องการรักษา การสนับสนุนทางเศรษฐกิจและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ (Friedman et al., 2003) ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับการดูแลแบบให้ ความร่วมมือ (Collaborative care) และการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management) ในระดับปฐมภูมิ (Bodenheimer et al., 2002) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงขาดความรู้และความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งแนะนำและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. ครอบคลุมการตรวจวัดความดันโลหิต ประเมินโภชนาการและการรับประทานยา ติดตามการออกกำลังกายและภาวะเครียด ตลอดจนส่งต่อข้อมูลสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) งานเยี่ยมบ้านถือเป็นหัวใจของระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (โสภภาพรรณ อินต๊ะเผือก และวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, 2563) อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมบ้านแบบปกติภายใต้การกำกับของพยาบาลวิชาชีพยังมีข้อจำกัดด้านความเฉพาะเจาะจงของคำแนะนำ ความสม่ำเสมอในการติดตาม และความครอบคลุมของการตรวจสอบการรับประทานยา (กนกกาญจน์ กิมประสิทธิ์, 2566) การเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ทีมสุขภาพออกแบบการดูแลได้สอดคล้องกับบริบทของ

แต่ละครอบครัว เพิ่มทักษะการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการควบคุมโรคที่ดีขึ้น (อุมารณ กาลังดี และคณะ, 2560)

โรงพยาบาลสว่างอารมณ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ มีหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวมรับผิดชอบพื้นที่ 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลสว่างอารมณ์และตำบลไผ่เขียว ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษามีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 12,201.67 รายต่อแสนประชากร ในปี 2565 เป็น 14,163.20 รายในปี 2566 และ 14,622.10 รายในปี 2567 (สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2567) จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ยังไม่เพียงพอต่อภาระงาน โดยค่าเฉลี่ยมีหลังคาเรือนต่อ อสม. 1 คนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้การติดตามและดูแลผู้ป่วย NCDs ยังมีข้อจำกัด เพื่อเสริมศักยภาพ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่เป็น หมอประจำบ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งจะช่วยให้ อสม. เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดีขึ้น ให้บริการผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและระบบสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้จึงนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) ซึ่งอธิบายว่าความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากแบบอย่าง การชักชวนเชิงบวก และสภาวะทางอารมณ์ มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ การประเมินค่า และอารมณ์ เพื่อพัฒนา อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและ

ยั่งยืน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนารูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยเล็งเห็นในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องเป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชนและเป็นผู้ที่ต้องนิเทศบุคคลากรในชุมชน ซึ่ง อสม. ในพื้นที่มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน เนื่องจาก อสม. เป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน ทำให้รับทราบปัญหาและดำเนินการติดตามดูแลได้อย่างต่อเนื่อง (กนกกาญจน์ กิมประสิทธิ์, 2566) การพัฒนาอสม. ให้มีองค์ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติอย่างมีมาตรฐาน จึงนำความรู้ทฤษฎีต่าง ๆ มาพัฒนาแนวทางการดำเนินงานภายใต้องค์ความรู้และนำมาปรับใช้ในแต่ละบริบท ส่งเสริมให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี สามารถสร้างคุณค่าต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน และมีผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยบูรณาการแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) พัฒนาเป็นรูปแบบในสร้างการรับรู้ความสามารถของ อสม. ในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ แต่ละขั้นตอนของการเยี่ยมบ้าน

วิธีดำเนินการ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1.1) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จาก อสม. จำนวน 264 คน ในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

1.2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ภาควิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน ประกอบด้วย แพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลบริบท สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาทักษะของ อสม.

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ

2.1) ออกแบบและพัฒนาารูปแบบ โดยจัดประชุมร่วมกับกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาและความต้องการพัฒนาทักษะของ อสม.จากผลการศึกษาระยะที่ 1 โดยประยุกต์ใช้เทคนิค (A-I-C Appreciation-Influence-Control) มาสร้างแผนกิจกรรมต้นแบบ (Prototype activity plan) โดยมุ่งเน้นให้ อสม.เกิดทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) ในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) และแนวคิดสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาประยุกต์ใช้ในการทำกิจกรรม และได้เสนอแผนกิจกรรมต้นแบบที่ร่างขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญพิจารณา และได้ปรับปรุงแผนกิจกรรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้

2.2) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยนำแผนกิจกรรมที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ กับ อสม.ในตำบลไผ่เขียว ตำบลสว่างอารมณ์ ตำบลทุ่งมน อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 คน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นได้ประเมินผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ อสม.

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทางไกล (VHV-SSS care model) โดยประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของ อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพ และการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา กลุ่มประชากร คือ อสม. ในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 686 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 264 คน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) กลุ่มตัวอย่างเชิง

คุณภาพ จำนวน 12 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 30 คน ได้จากการสุ่มแบบเจาะจงจาก 3 ตำบลในอำเภอสว่างอารมณ์

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายสุขภาพ (กลุ่มพัฒนารูปแบบ) จำนวน 12 คน และ อสม. (กลุ่มทดลองใช้รูปแบบ) จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 15 ข้อ และ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ โดยส่วนที่ 2-4 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 4.51-5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง มีระดับมาก 2.51-3.50 หมายถึง มีระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง มีระดับน้อย 1.00-1.50 หมายถึง มีระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 3 ประเด็นคำถาม ได้แก่ บริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบัน ข้อจำกัดและความต้องการในการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านทางไกลของ อสม. ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการสนับสนุนและการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนกิจกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 4.51–5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด 3.51–4.50 หมายถึง มีระดับมาก 2.51–3.50 หมายถึง มีระดับปานกลาง 1.51–2.50 หมายถึง มีระดับน้อย 1.00–1.50 หมายถึง มีระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 4 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เรื่อง การประเมินผลรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกล ประกอบด้วย 4 ประเด็นคำถาม ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน อุปสรรคในการดำเนินงาน ความยั่งยืน และ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกล (VHV-SSS care model)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.6–1.00

ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ ชุดที่ 1 ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 0.87 ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.84 ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.91

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า

1.1) ความสามารถส่วนบุคคลของ อสม.ก่อนการพัฒนาารูปแบบ มากที่สุดคือ ด้านพาหนะที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านโดยสามารถใช้จักรยานยนต์ ร้อยละ 98.10 รองลงมาคือ ด้านการได้ยิน สามารถได้ยินชัดเจน ร้อยละ 93.94 ด้านการพูดและการอ่าน พูดคล่องและอ่านได้คล่อง ร้อยละ 93.18 เท่ากัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ใช้เครื่องมือชุดที่ 1 ดำเนินการในเดือนมกราคม 2568 และ พฤษภาคม 2568 ระยะที่ 3 ใช้เครื่องมือชุดที่ 3 ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2568

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือชุดที่ 2 ดำเนินการในระยะที่ 1 เดือนมกราคม 2568 และเครื่องมือชุดที่ 4 ในเดือนมกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบวิลคอกซันไซน์แรนค์ (Wilcoxon Signed Rank Test)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) โดยจัดหมวดหมู่ประเด็น นิยามและตั้งชื่อประเด็น และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี รหัสจริยธรรม การวิจัยเลขที่ AF 04-08/02.0 วันที่รับรอง 29 ธันวาคม 2567 และผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย แนวทางในการเก็บข้อมูลไม่มีการระบุชื่อหรือรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวม โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามความสามารถส่วนบุคคลรายด้านและหมวดหมู่ก่อนการพัฒนา รูปแบบ (n = 264)

ความสามารถส่วนบุคคลด้าน	หมวดหมู่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้ยิน	ได้ยินชัดเจน	248	93.94
	ชัดบ้างไม่ชัดบ้าง/ ไม่ชัดเจนเลย	16	6.06
การพูด	พูดคล่อง	246	93.18
	คล่องบ้างไม่คล่องบ้าง/ ไม่คล่องเลย	18	6.82
การอ่าน	อ่านได้คล่อง	246	93.18
	อ่านไม่คล่อง/ อ่านไม่ได้	18	6.82
การเขียน	เขียนได้คล่อง	240	90.91
	เขียนไม่คล่อง/ เขียนไม่ได้	24	9.09
การใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์	ใช้ได้ด้วยตนเอง	200	75.76
	ใช้ได้แต่ต้องมีผู้ช่วย/ ใช้ไม่ได้	64	24.24
การมีสมาร์ทโฟนและอินเทอร์เน็ต	มีสมาร์ทโฟนและอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้	240	90.91
	มีแต่ไม่มีอินเทอร์เน็ต/ ไม่มีทั้งคู่	24	9.09
การเดินทางไปเยี่ยมบ้าน	เดินทางได้ด้วยตนเองทุกระยะทาง	242	91.67
	เดินทางได้เฉพาะระยะใกล้/ ต้องมีผู้อื่นพา	22	8.33
พาหนะที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน	จักรยานยนต์	259	98.10
	จักรยาน/ รถยนต์/ เดินเท้า	5	1.90
การจัดสรรเวลาในการเยี่ยมบ้าน	สามารถจัดสรรได้ตลอดทั้งวัน	128	48.49
	จัดสรรได้เฉพาะช่วงเช้า/ บ่าย/ เย็น	136	51.51

1.2) อสม. มีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.06, S.D. = 0.69) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้าน/ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการให้บริการสุขภาพ การสำรวจและจัดทำ ข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 3.22, S.D. = 0.69) รองลงมาคือ ด้านการประสานงานและสื่อสาร ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ($\bar{X}$ = 3.21, S.D. = 0.65) และ ด้าน/ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการพัฒนาตนเองและชุมชน ริเริ่ม โครงการใหม่เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.85, S.D. = 0.74) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (สูงสุดและต่ำสุด) ของ อสม. จำแนกรายด้านและรายข้อ (n=264)

การรับรู้ความสามารถของตนเองด้าน	ข้อที่มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) สูงสุด / ต่ำสุด	$\bar{x}$	S.D.
การให้บริการสุขภาพ	สำรวจและจัดทำข้อมูลสุขภาพ (สูงสุด)	3.22	0.69
	จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ต่ำสุด)	2.89	0.81
การประสานงานและสื่อสาร	ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(สูงสุด)	3.21	0.65
	ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข (ต่ำสุด)	3.00	0.71
การพัฒนาตนเองและชุมชน	นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ (สูงสุด)	3.15	0.68
	ริเริ่มโครงการใหม่แก้ปัญหาด้านสุขภาพ (ต่ำสุด)	2.85	0.74
ภาพรวมทั้งหมด		3.06	0.69

1.3) อสม. มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.12$, S.D. = 0.81) ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุด ได้แก่ ด้านจิตใจ การได้รับการยกย่องชมเชยและกำลังใจจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = 0.83 และ $\bar{x} = 3.65$, S.D. = 0.87 ตามลำดับ) ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด ได้แก่ การได้รับความร่วมมือจากชุมชน และการได้รับวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 2.26$, S.D. = 0.74 และ $\bar{x} = 2.25$, S.D. = 0.88 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของ อสม. จำแนกรายด้าน (n = 264)

ประเด็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้าน	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านจิตใจ (การยกย่อง/กำลังใจ)	3.74	0.85	มาก
- จากครอบครัว	3.83	0.83	มาก
- จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.65	0.87	มาก
2. ด้านข้อมูลและการพัฒนา	3.27	0.79	ปานกลาง
- โอกาสการอบรม/การให้ความสำคัญ	3.30	0.83	ปานกลาง
- ข้อเสนอแนะ/ความรู้จากทีมสุขภาพ	3.25	0.76	ปานกลาง
3. ด้านความร่วมมือและทรัพยากร	2.26	0.81	น้อย
- การได้รับความร่วมมือจากชุมชน	2.26	0.74	น้อย
- การได้รับวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ	2.25	0.88	น้อย
ภาพรวม	3.12	0.81	ปานกลาง

1.4) บริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านทางไกล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านทางไกลที่ชัดเจน อสม.ขาดความมั่นใจในการประเมินอาการผู้ป่วย และการใช้สมาร์ตโฟนสำหรับการเยี่ยมบ้าน เครื่องมือในการปฏิบัติงาน เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของ อสม. ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม.คือ ต้องการให้อบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ และจัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับ อสม. ให้ชัดเจน

2. ผลการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

2.1) การพัฒนารูปแบบเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับ อสม. โดยใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control)

ขั้นตอน Appreciation สร้างภาพให้ อสม. เห็นคุณค่าและความสามารถของตนในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอน Influence สร้างแนวทางการพัฒนาโดยการให้ความรู้ บทบาทหน้าที่ ขอบเขตการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับ อสม.รวมทั้ง การใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการกำกับติดตามในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การนัดหมายและการเตรียมอุปกรณ์ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ 4) การให้คำแนะนำตามหลัก 3อ2ส 5) การให้คำแนะนำด้านการรับประทานยาเบื้องต้น 6) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคเบื้องต้น 7) การบันทึกและส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านแก่โรงพยาบาล

ขั้นตอน Control สร้างแนวทางปฏิบัติไปสู่การพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปธรรม จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน ใบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ชุดอุปกรณ์ในการสาธิตการเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านทางไกล การสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพผ่านไลน์

2.2) การทดลองใช้รูปแบบ โดยนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ในตำบลไผ่เขียว ตำบลสว่างอารมณ์ ตำบลทุ่งมน อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 คน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า สูงที่สุดคือ ความสามารถส่วนบุคคลด้านการ มีสมาร์โฟนและอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การได้ยีนชัดเจน อ่านได้คล่อง และการใช้สมาร์โฟน/คอมพิวเตอร์ได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 93.33 เท่ากัน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของ อสม.จำแนกตามความสามารถส่วนบุคคล (n = 30)

ความสามารถส่วนบุคคลด้าน	หมวดหมู่	จำนวน	ร้อยละ
การมองเห็น	ไม่ใช้แว่นตา	25	83.34
การได้ยิน	ได้ยินชัดเจน	28	93.33
การพูด	พูดคล่อง	24	80.00
การอ่าน	อ่านได้คล่อง	28	93.33
การเขียน	เขียนได้คล่อง	24	80.00
การใช้สมาร์โฟน/คอมพิวเตอร์	ใช้ได้ด้วยตนเอง	28	93.33
การมีสมาร์โฟนและอินเทอร์เน็ต	มีสมาร์โฟนและอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้	30	100.00
การเดินทางไปเยี่ยมบ้าน	เดินทางได้ด้วยตนเองทุกระยะทาง	24	80.00
พาหนะที่ใช้	จักรยานยนต์	25	83.34
การจัดสรรเวลาในการเยี่ยมบ้าน	จัดสรรได้ตลอดทั้งวัน	25	83.34

2.3) ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ VHV-SSS Care Model พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบ VHV-SSS Care Model อสม. มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ VHV-SSS Care Model ($n = 30$)

ตัวแปร	ระยะเวลา	Mean	n	Z	p-value
1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อนทดลอง	3.06	30	-4.68	<.001*
	หลังทดลอง	4.35			
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง	3.12	30	-4.52	<.001*
	หลังทดลอง	4.28			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ผลการประเมินผลรูปแบบ (VHV-SSS Care Model) ที่พัฒนาขึ้น ได้ผลดังนี้

3.1) ผลการประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของ อสม. และภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าทั้ง กลุ่มภาคีเครือข่าย และ กลุ่ม อสม. มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.42 และ $\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.40 ตามลำดับ) และการมีส่วนร่วมโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.48 และ $\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.45 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลคะแนนความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของ อสม.และภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($n=42$)

ประเด็นการประเมิน	กลุ่มภาคีเครือข่าย ($n=12$)			กลุ่ม อสม. ($n=30$)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ความพึงพอใจโดยรวม	4.55	0.42	มากที่สุด	4.60	0.40	มากที่สุด
2. ประโยชน์ที่ได้รับ	4.67	0.35	มากที่สุด	4.52	0.43	มากที่สุด
3. ความสะดวกในการใช้งาน	4.50	0.45	มาก	4.58	0.39	มากที่สุด
4. การมีส่วนร่วมโดยรวม	4.45	0.48	มาก	4.50	0.45	มาก
5. ความต้องการใช้ต่อไป	4.60	0.40	มากที่สุด	4.60	0.38	มากที่สุด

3.2 ผลการประเมินรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกล โดยการสนทนากลุ่ม พบว่า 1) ปัจจัยสนับสนุน (Enablers) ความสำเร็จเกิดจากการประสานงานเครือข่ายที่เข้มแข็ง และการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย ไม่ซับซ้อน เหมาะสมกับบริบทของ อสม. ในพื้นที่ 2) อุปสรรคสำคัญ (Barriers) คือ ข้อจำกัดด้านเวลาของ อสม. ที่มีภารกิจหลายด้าน และ

ทรัพยากรสนับสนุน (เช่น ค่าอินเทอร์เน็ตหรืออุปกรณ์ส่วนกลาง) ที่ยังไม่เพียงพอ 3) ความยั่งยืน (Sustainability) ขึ้นอยู่กับการจัดฝึกอบรมทักษะดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง และการมีนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจนจากหน่วยงานส่วนท้องถิ่น 4) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ควรเพิ่มโมดูลการจัดการข้อมูลส่วนบุคคล (Data Privacy) เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการรับบริการทางไกล

อภิปรายผล

1) การพัฒนารูปแบบ VHV-SSS Care Model ส่งผลให้คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 3.06 เป็น 4.09 และแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจาก 3.12 เป็น 4.34 ($p < .05$) สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura (1977) ที่อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง คือ ประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากผู้อื่น การชักชวนเชิงบวก และสถานะทางอารมณ์ โดยรูปแบบนี้ได้นำแหล่งที่มาทั้ง 4 มาประยุกต์ใช้ผ่านการสาธิตตัวแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่าน LINE การให้กำลังใจจากทีมสุขภาพ และการตั้งเป้าหมายที่ทำได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิกาญจน์ และฐานรินทร์ (2563) ที่พบว่าการประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคมส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) เรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล เครื่องมือ การประเมินค่า และอารมณ์ ซึ่งรูปแบบนี้ได้บูรณาการครบทั้ง 4 ด้าน

2) ผลการศึกษายังพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากทีมสุขภาพมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. สูงถึงร้อยละ 14.80 ในขณะที่วัสดุอุปกรณ์มีอิทธิพลเพียงร้อยละ 5.89 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยจิตสังคมมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยกายภาพในการกำหนดคุณภาพการปฏิบัติงาน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญ์สิริ จันท์เจริญ และสุกัญญา นัครามนตรี (2559) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิต รวมทั้งการศึกษาของลออ

สิงห์โชติสุขแพทย์ และธัญชนก ลีธีระ (2565) ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด Self-management Support ของ Bodenheimer et al. (2002) ที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

3) การนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในรูปแบบนี้แสดงให้เห็นการใช้ทรัพยากรที่คุ้นเคยเป็น Telehealth ในบริบทสาธารณสุขไทย แม้พบข้อจำกัดด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรในบางพื้นที่ แต่ความพึงพอใจโดยรวมของ อสม. อยู่ที่ระดับ 4.60 พร้อมความต้องการใช้งานต่อเนื่อง ซึ่งยืนยันว่าการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทมีความสำคัญมากกว่าการเลือกเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่สุด การใช้เทคนิค AIC สอดคล้องกับหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ให้ชุมชนมีบทบาทในทุกขั้นตอน ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of Ownership) และความยั่งยืนของโครงการ สอดคล้องกับการศึกษาของโสภา อ่อนโอภาส และนุชนาฏ ยูฮันเงาะ (2562) ด้านการเสริมพลังอำนาจที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม การขาดงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์ดิจิทัลอาจเป็นอุปสรรคต่อความยั่งยืน ดังที่สรุทธิเอี่ยมนุ้ย (2564) พบว่าการขาดทรัพยากรส่งผลเสียต่อการปฏิบัติงานของ อสม. จึงจำเป็นต้องบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิและจัดสรรงบประมาณอย่างเป็นระบบ

สรุปผล

การพัฒนาแบบแผนการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (VHV-SSS Care Model) ประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ได้แก่ **A: Appreciation** โดยการสร้างการเรียนรู้ให้ อสม. เห็นคุณค่าและความสามารถของตนเอง **I: Influence** สร้างแนวทางการพัฒนาสำหรับ อสม. ในการเยี่ยมบ้านทางไกลโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) นัดหมายและเตรียมอุปกรณ์ 2) ประเมินผู้ป่วย 3) ประเมินข้อมูลสุขภาพ 4) ให้คำแนะนำตามหลัก 3อ2ส 5) ให้คำแนะนำการรับประทานยา 6) ให้คำแนะนำการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 7) บันทึกและส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาล และ **C: Control** โดยสร้างแนวการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม มีคู่มือปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ใบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ชุดอุปกรณ์ในการสาธิตการเยี่ยมบ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านทางไกล การสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพผ่านไลน์ ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า อสม. มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น อสม. ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในระดับมาก โดยกลุ่ม อสม. มีความต้องการนำรูปแบบนี้ไปใช้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1) ระดับนโยบาย ควรบูรณาการรูปแบบเข้ากับระบบ NCD Clinic ในระดับปฐมภูมิ จัดสรรงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐาน (เครื่องวัดความดัน เครื่องวัด

น้ำตาล สมาร์ทโฟน) และค่าอินเทอร์เน็ต กำหนดนโยบายสนับสนุนการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล แก่ อสม.

2) ระดับปฏิบัติควรพัฒนาช่องทาง VHV SOS ผ่าน LINE Official Account สำหรับให้คำปรึกษาเร่งด่วน จัดอบรม Digital Literacy อย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่าง อสม. และพัฒนาระบบติดตามประเมินผลโดยใช้ตัวชี้วัดทั้งกระบวนการและผลลัพธ์

3) ควรมีการขยายผลโดยการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น เขตเมือง พื้นที่ชายแดน และพื้นที่ห่างไกล เป็นต้น เพื่อปรับรูปแบบให้มีความเหมาะสม และขยายขอบเขตไปยังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเมตาบอลิก เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรวิจัยและพัฒนาระยะยาว (1-2 ปี) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ความยั่งยืน ปัจจัยความสำเร็จ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2) ควรศึกษาวิจัยเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness และ Cost-Benefit Analysis) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ รวมต้นทุนทางตรง (อุปกรณ์ อินเทอร์เน็ต อบรม) และทางอ้อม (เวลา) เทียบกับผลประโยชน์ (ลดค่ารักษา ลดวันหยุดงาน เพิ่มคุณภาพชีวิต)

3) ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบนี้กับรูปแบบอื่นๆ เช่น การเยี่ยมบ้านแบบปกติ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันอื่น โดยใช้การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) และศึกษาในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนต่างกัน (โรคร่วมหลายโรค สูงอายุ ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ-สังคม)

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *คู่มือ อสม. "สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน"* ปีงบประมาณ 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
- กนกกาญจน์ กิมประสิทธิ์. (2566). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. คลังปัญญา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัญญ์สิริ จันทรเจริญ และสุกัญญา นัครามนตรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 85–99.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(ฉบับเพิ่มเติม 1), 117–127.
- รุจิกาญจน์ สานนท์ และฐานรินทร์ หาญเกียรติวงศ์. (2563). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 3(1), 13–22.
- ล่อ สิงห์ขัติสุขแพทย์ และธัญชนก ลีธีระ. (2565). ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(3), 14–28.
- วาธินี วงศาโรจน์, พนาวัน เปรมศรี, วรณวิภา ไตลังคะ และภาสกร ดอกจันทร์. (2565). นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง. *Journal of Modern Learning Development*, 7(3), 296–309.
- สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (2567). *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2565–2567*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี.
- สรุฒิ เอี่ยมนัย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอองเกรลาต จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(2), 75–90.
- โสภา อ่อนโอภาส และนุชนาฏ ยูอันเงาะ. (2562). การเสริมพลังอำนาจ: ความหมายและกระบวนการเสริมพลังอำนาจในงานสังคมสงเคราะห์. *คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*.
- โสภาพรรณ อินตะเผือก และวรรณธิ พิพย์วาริรมย์. (2563). การเยี่ยมบ้าน: บทบาทพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2), 119–127.
- อุมาภรณ์ กำลั้งดี, ภาวนา บุญมุสิก และอัจฉริยา วัชรวิวัฒน์. (2560). การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอบรรเทา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(ฉบับพิเศษ), 34–45.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469–2475.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed.). Prentice Hall.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1–13.
- Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, L., & Upchurch, S. L. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing & Health Sciences*, 9(2), 135–141.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*.
- World Health Organization. (2025). *Noncommunicable diseases fact sheet*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

การพัฒนาแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อน การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

DEVELOPMENT OF A ROAD SAFETY MANAGEMENT MODEL USING THE DISTRICT QUALITY OF LIFE DEVELOPMENT COMMITTEE (DQDC) MECHANISM TO DRIVE MULTISECTORAL NETWORK PARTICIPATION IN PHAYUHA KHIRI DISTRICT, NAKHON SAWAN PROVINCE

อนิรุท จันทพาส*, นุกูล ไกรกาต, มนต์ บุพา, กฤษฏา เหล็กเพชร

Anirut Jantapas*, Nukul Kraikart, Manat Bula, Krissada Lekphet

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

Nakhon Sawan Provincial Public Health Office, Thailand

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

Received: 6 Mar., 2026 Revised: 14 May., 2026 Accepted: 26 May., 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และเพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบดังกล่าวในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ สังเกตผล และการสะท้อนผล กลุ่มพัฒนารูปแบบคือคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 21 คน และกลุ่มภาคีเครือข่าย ในชุมชนจำนวน 385 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพรูปแบบตามกรอบ CIPP แบบวัดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจากฐานข้อมูล Health Data Center วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบเชิงระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมี 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ 2) สร้างทีมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) กำหนดมาตรการขับเคลื่อน 4) การสร้างการรับรู้ การเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชน 5) การจัดการจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน 6) การพัฒนาระบบจัดการข้อมูล ผลการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.80, SD = 0.34) ทุกด้าน และผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .05$) สรุปได้ว่า รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก พชอ. สามารถเสริมสร้างการบริหารจัดการเชิงระบบ เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และสนับสนุนการขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: รูปแบบการบริหารจัดการ; ความปลอดภัยทางถนน; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research aimed to develop a road safety management model using the District Quality of Life Development Committee (DQDC) mechanism to drive multisectoral participation and to examine the effects of implementing the model in Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province. The research was conducted based on the action research framework of Kemmis and McTaggart, comprising four stages: planning, action, observation, and reflection. The model development group consisted of 21 members of the District Quality of Life Development Committee, a sample of 385 representing community network partners participated in the evaluation. Research instruments included a road safety management model effectiveness assessment based on the CIPP model, a network participation measurement scale, focus group discussion guides, and road traffic injury data retrieved from the Health Data Center (HDC). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired-sample t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis. The results indicated that the developed road safety management model was a systematic and participatory model consisting of six key components: 1) Defining Roles and Responsibilities 2) Establishing Network Partnership Engagement Teams 3) Defining Safe Driving Measures 4) Raising Awareness and Enhancing Road Safety within the Community 5) Managing Road Accident Risk Spots in the Community 6. Developing Data Management Systems. The overall effectiveness of the model was rated at a good level (Mean = 3.80, SD = 0.34). Furthermore, comparisons of network participation levels before and after model implementation revealed statistically significant improvements across all dimensions ($p < .05$). In conclusion, the road safety management model driven by the District Quality of Life Development Committee mechanism effectively strengthened systematic road safety management, enhanced multisectoral participation, and supported sustainable road traffic injury prevention and reduction at the district level. The model can be adapted and applied to other districts with similar contextual characteristics.

Keywords: Management Model; Road safety; District Quality of Life Development Committee; Multisectoral participation; Participatory action research

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขและสังคมที่สร้างความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับสูง ติดอันดับต้นของโลก สาเหตุของอุบัติเหตุมีความหลากหลาย

ทั้งจากพฤติกรรมผู้ขับขี่ เช่น การไม่สวมหมวกนิรภัย การขับขี่ขณะมีเมเมา การใช้ความเร็วเกินกฎหมายกำหนด รวมถึงสภาพถนนและยานพาหนะที่ไม่ได้มาตรฐาน (WHO, 2023) จากสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย พ.ศ. 2562–2566 เท่ากับ 33.2, 26.8, 25.4, 26.5 และ 26.9 ต่อแสนประชากร (กรม

ควบคุมโรค, 2567) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ขณะที่ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ระบุว่าในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกว่า 17,000 ราย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานและขับขีรถจักรยานยนต์ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2567) ความรุนแรงของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน และประมาณร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ (WHO, 2023) อุบัติเหตุทางถนนถือเป็นหนึ่งในปัญหาด้านความปลอดภัยและสาธารณสุขที่รุนแรงที่สุดของประเทศไทยและของโลก จากรายงานของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) ระบุว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ยประมาณ 32.7 คนต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่า 15,000 รายต่อปี และบาดเจ็บอีกกว่าสองแสนราย ความสูญเสียดังกล่าวไม่เพียงกระทบต่อชีวิตและครอบครัวของผู้ประสบเหตุ แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจในรูปแบบของค่ารักษาพยาบาล การสูญเสียแรงงาน และต้นทุนทางสังคมอื่น ๆ อีกมหาศาล นอกจากนี้ กรมควบคุมโรค (2567) ยังชี้ว่ากลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์มีอัตราการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุสูงที่สุด โดยเฉพาะในพื้นที่ต่างจังหวัดและส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็วเกินกำหนด หรือเมาแล้วขับ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการปัญหาอย่างเร่งด่วนผ่านมาตรการทั้งเชิงนโยบาย โครงสร้างพื้นฐาน และการสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชน ความรุนแรงของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนจึงไม่ใช่แค่ปัญหาด้านความปลอดภัย

เท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาที่สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และการจัดการเชิงระบบที่ยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ

ปัจจุบัน การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างบูรณาการ ผ่านความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ภายใต้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วม และภาวะผู้นำร่วมกัน อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพะทางกาย จิต และสังคมของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ พชอ. มีบทบาทสำคัญในฐานะกลไกกลางระดับอำเภอในการจัดทำแผนและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนสนับสนุนและประสานการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน รวมถึงเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) ในด้านการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน สำนักนายกรัฐมนตรีได้กำหนดกลไกการดำเนินงานผ่านระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 โดยในระดับประเทศมีคณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ และมีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เป็นหน่วยงานหลักในการอำนวยการส่วนระดับอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน

และระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) เพื่อขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2554) บทบาทของ พชอ. จึงสามารถเชื่อมโยงกับการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำหน้าที่เป็นกลไกบูรณาการความร่วมมือระหว่าง ศปถ.อำเภอ หน่วยงานสาธารณสุข สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน กำหนดมาตรการ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) ที่มุ่งเสริมสร้างบทบาทของทุกภาคส่วนในการพัฒนาประเทศ โดยสนับสนุนการประสานความร่วมมือของบ้าน วัด โรงเรียน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันทางศาสนา สถานศึกษา อาสาสมัคร และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน (ราชกิจจานุเบกษา, 2565)

อำเภอพยุหะคีรี ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัด นครสวรรค์ ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 27 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 750.28 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองออกเป็น 11 ตำบล 125 หมู่บ้าน มีเทศบาลจำนวน 2 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 9 แห่ง ลักษณะพื้นที่เป็นศูนย์กลางการคมนาคมที่สำคัญของจังหวัด โดยมีทั้งเส้นทางรถยนต์และรถไฟผ่าน รวมถึงทางหลวงแผ่นดินสายสำคัญ ได้แก่ ถนนพหลโยธิน ถนนสายเอเชีย และทางหลวงแผ่นดินหลายสาย ส่งผลให้การเดินทางและการขนส่งมีความสะดวก แต่ในขณะเดียวกันก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทาง

ถนนในพื้นที่ จากฐานข้อมูลระบบรายงานการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอพยุหะคีรี ปี พ.ศ. 2565–2567 พบผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 84, 36 และ 134 ราย ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 14, 16 และ 19 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุหะคีรี, 2567) เมื่อคำนวณเป็นอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน พบว่าอำเภอพยุหะคีรีมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 31.8, 36.4 และ 43.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 25.4–33.2 ต่อแสนประชากร รวมทั้งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด นครสวรรค์ที่มีอัตราประมาณ 30–35 ต่อแสนประชากร ในเวลาเดียวกัน สะท้อนให้เห็นว่าอำเภอพยุหะคีรียังคงเป็นพื้นที่เสี่ยงด้านอุบัติเหตุทางถนนที่สำคัญของจังหวัด จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้บาดเจ็บทางถนน พบว่าเพศชายได้รับบาดเจ็บมากกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มอาชีพที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผู้ใช้แรงงาน รองลงมาเป็นนักเรียน/นักศึกษา และเกษตรกร กลุ่มอายุที่พบการบาดเจ็บสูงสุด ได้แก่ อายุ 15–19 ปี รองลงมาคืออายุ 10–14 ปี และ 55–59 ปี สำหรับยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ รองลงมาเป็นรถกระบะ และรถจักรยานสามล้อ ขณะที่พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย การเมาแล้วขับ และการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย แม้ว่าพื้นที่จะมีกลไกการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนผ่านศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ซึ่งการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเน้นเฉพาะช่วงรณรงค์ “7 วันอันตราย” ในเทศกาลสงกรานต์และเทศกาลปีใหม่ โดยมีการประชุมเพียงปีละ 2 ครั้งเท่านั้น ขณะที่การวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังเชิงรุก และการสร้างมาตรการทางสังคมในชุมชนยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ การที่ประเด็น

ความปลอดภัยทางถนนยังไม่ถูกรับรู้เป็นวาระสำคัญของ พชอ. ทำให้การเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ยังไม่เกิดรูปธรรมอย่างชัดเจน ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ยังขาดกลไกการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมและไม่สามารถลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้อย่างยั่งยืน

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความสำเร็จต้องเกิดขึ้นจากความร่วมมือของประชาชนในชุมชนและผู้นำชุมชนในการเข้าไปมีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมทำในการแก้ไข ปัญหาในทุก ๆ ขั้นตอนตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนงาน ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน ขั้นตอนการสังเกต และขั้นตอนการสะท้อนผล จึงทำให้ผู้ศึกษาตัดสินใจศึกษาการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้กระบวนการ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติตามแผน 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติตามแนวคิดของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and McTaggart) ที่เน้นความร่วมมือของประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นกลไกสำคัญที่สามารถประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคประชาชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างบูรณาการ พชอ. มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในด้านการให้ข้อมูล การเสนอแนวทางแก้ไข และการติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ การวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาเพื่อพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์
- 3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อาศัยแนวคิดการบริหารเชิงระบบ ซึ่งมองการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเป็นการทำงานร่วมกันของหลาย

ภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย โดยมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่อย่างชัดเจน เพื่อให้การขับเคลื่อนงานเกิดความเชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพ (Bertalanffy LV., 1968) ควบคู่กับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการสร้างทีมและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการวางแผน ตัดสินใจ และดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ (Cohen JM, Uphoff NT.,1980) การกำหนดมาตรการยับยั้งปลอดภัยอาศัยแนวคิดการป้องกันอุบัติเหตุและตารางเมทริกซ์ของแฮดดอน ซึ่งพิจารณาปัจจัยด้านบุคคล ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อมในแต่ละช่วงของการเกิดอุบัติเหตุ (Haddon W Jr.,1968) ร่วมกับแนวคิด

ระบบถนนปลอดภัย (Safe System Approach) ที่มุ่งลดความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (WHO.,2021) ขณะเดียวกันการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชนอาศัยแนวคิดการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ใช้ถนนอย่างเหมาะสม (Rogers EM.,2023) และการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลด้านอุบัติเหตุทางถนนอาศัยแนวคิดการจัดการความรู้และการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อสนับสนุนการวางแผนและตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับอำเภออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Nonaka I, Takeuchi H., 1995)

ตัวแปรต้น

(Independents Variables)

รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

1. การกำหนดบทบาทหน้าที่
2. สร้างทีมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
3. กำหนดมาตรการยับยั้งปลอดภัย
4. การสร้างการรับรู้ การเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชน
5. การจัดการจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน
6. การพัฒนาระบบจัดการข้อมูล



ตัวแปรตาม

(Dependents Variables)

ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนของ พชอ.
- การมีส่วนร่วมในการจัดการอุบัติเหตุจราจรทางถนนของภาคีเครือข่าย
- จำนวนการเกิดอุบัติเหตุ
- การจัดการจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin McTaggart (1988) โดยมุ่งพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ แบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

เป็นขั้นตอนการศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน และร่วมกันวางแผนพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพะเยา จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 21 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย นายอำเภอผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และเลขาธิการ

วิธีดำเนินการวิจัย 1) ศึกษาข้อมูลบริบทพื้นที่ สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน และการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน จากเอกสารนโยบาย แผนงาน โครงการ คำสั่ง รายงานการประชุม และฐานข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจากระบบ HDC (Health Data Center) ปี พ.ศ. 2565-2567 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน 3) ร่วมกำหนดแผนงาน โครงการ และแนวทางดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอและตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบวิเคราะห์เอกสารและแบบบันทึกข้อมูล ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ความตรงของเนื้อหา (IOC) = 0.84 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินงาน ประกอบด้วยด้านบริบทพื้นที่ ด้านสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ด้านกระบวนการดำเนินการจัดการความปลอดภัยทางถนน ด้านผลลัพธ์การดำเนินงานจัดการความปลอดภัยทางถนนที่ผ่านมา ความตรงของเนื้อหา (IOC) = 0.87 3) เครื่องบันทึกเสียงและแบบบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการตามขั้นตอน คือ การอ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลโดยรวม กำหนดรหัสข้อมูล (Coding) จากข้อความหรือประเด็นสำคัญ จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Category) ตามลักษณะหรือความสัมพันธ์ของข้อมูล สรุปสาระสำคัญ (Theme Development) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ความถูกต้องของข้อมูลโดยใช้วิธีตรวจสอบสามเส้า ประกอบด้วย 1) ตรวจสอบกับแหล่งข้อมูล 2) ตรวจสอบวิธีการเก็บข้อมูล 3) ตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล

2) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action)

เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) คณะกรรมการ พชอ. จำนวน 21 คน 2) ภาควิชาการระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชุมชน ในอำเภอพะเยา จำนวน 385 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจาก 11 ตำบล โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling)

วิธีดำเนินการวิจัย

1. จัดทำแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอและตำบล สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในทุกตำบล

2. ดำเนินการตามรูปแบบ ประกอบด้วย 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ มอบหมายภารกิจแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) สร้างทีมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) กำหนดมาตรการการขับเคลื่อนความปลอดภัย 4) การสร้างการรับรู้ การเสริมสร้างความปลอดภัยทาง

ถนนในชุมชน 5) การจัดการจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน 6) พัฒนาระบบฐานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนเชื่อมโยงกับระบบ HDC

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) คู่มือการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ความตรงของเนื้อหา (IOC) = 0.83 2) แผนปฏิบัติการและโครงการด้านความปลอดภัยทางถนน 3) แบบบันทึกสังเกตการดำเนินงาน ความตรงของเนื้อหา (IOC) = 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการติดตามการดำเนินงาน วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยดำเนินการถอดข้อมูล จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Category) กำหนดรหัสข้อมูล (Coding) และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ (Theme development) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จากข้อมูลการสังเกต การประชุม การบันทึกภาคสนาม และผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย รวมทั้งตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนสรุปผลการวิจัย

3) ขั้นตอนการสังเกตผล (Observation)

เป็นขั้นตอนการติดตาม ประเมินผล และสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) คณะกรรมการ พชอ. จำนวน 21 คน 2) ภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชุมชน ในอำเภอพยุหะคีรี จำนวน 385 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจาก 11 ตำบล โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling)

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านความปลอดภัยทางถนนของภาคีเครือข่ายในแต่ละตำบล

2. ประชุมติดตามความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการ พชอ. และภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน

3. ลงพื้นที่เยี่ยมติดตาม เสริมพลัง และให้ข้อเสนอแนะแก่ภาคีเครือข่ายในระดับตำบล หมู่บ้าน และชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4. สังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วม การดำเนินกิจกรรม และการขับเคลื่อนมาตรการความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่

5. เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านการมีส่วนร่วมข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ความตรงของเนื้อหา (IOC) = 0.83 2) แบบบันทึกการประชุมและการนิเทศติดตาม ความตรงของเนื้อหา (IOC) = 0.79 3) แบบวัดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผ่าน ความตรงของเนื้อหา (IOC) = 0.87 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) กับประชากร 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง = 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบวัดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับการมีส่วนร่วมและผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต การประชุมติดตาม การนิเทศติดตาม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดย

ดำเนินการถอดข้อมูล กำหนดรหัสข้อมูล (Coding) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Category) และพัฒนาแก่นสาระสำคัญ (Theme development) เพื่อสังเคราะห์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า

4) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

เป็นขั้นตอนการสรุปบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) คณะกรรมการ พชอ. จำนวน 21 คน 2) ภาศึเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชุมชน ในอำเภอพะเยา จำนวน 385 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจาก 11 ตำบล โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling)

วิธีดำเนินการวิจัย

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผล การดำเนินงานร่วมกัน
2. วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
3. ปรับปรุงและสรุปรูปแบบการบริหารจัดการ ความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก พชอ.
4. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้ แนวคิด CIPP Model ของ Daniel Stufflebeam (1971)
5. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการมีส่วนร่วมของ ภาศึเครือข่ายและสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนก่อนและ หลังดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินรูปแบบ ตาม CIPP Model 3) แบบสรุปบทเรียนและถอดบทเรียนการดำเนินงาน 4) ฐานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนจากระบบ HDC (Health Data Center)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมินรูปแบบและแบบประเมิน

การมีส่วนร่วมของภาศึเครือข่าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานด้านระดับการมีส่วนร่วมและสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการถอดบทเรียนวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผ่านกระบวนการถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ การกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) การจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Category) และการพัฒนาแก่นสาระสำคัญ (Theme development) เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค แนวทางการพัฒนา และรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHO-043/68 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2568 โดยคำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม ปฏิบัติโดยมีการปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาศึเครือข่ายอำเภอพะเยา จังหวัดนครสวรรค์

จากการศึกษาสภาพปัญหาการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาศึเครือข่ายอำเภอพะเยา จังหวัดนครสวรรค์ปี พ.ศ.2565-2567 ผลการศึกษพบว่า

อำเภอพยุหะคีรี มีลักษณะพื้นที่กว้าง เป็นสังคมเมืองผสมชนบท มีเส้นทางคมนาคมสายหลักหลายสาย ส่งผลให้มีการสัญจรหนาแน่นและมีจุดเสี่ยงด้านอุบัติเหตุจำนวนมาก โดยเฉพาะทางแยกและถนนลาดยาง สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนพบว่าผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ใช้รถจักรยานยนต์ และอยู่ในช่วงวัยทำงานถึงสูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญคือไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือเวลา 18.01-21.00 น. และเกิดเหตุบนถนนทางหลวงแผ่นดินมากที่สุด ด้านการดำเนินงานจัดการความปลอดภัยทางถนน พบว่ามีการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานในระดับอำเภอ โดยใช้กระบวนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน และกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหามา 3 ด้าน ได้แก่ คน รถ และถนน/สิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามการดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง ขาดเจ้าภาพหลักในระดับตำบลและชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจน และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณ ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตยังไม่ชัดเจน โดยในปี 2567 พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สรุปได้ว่า การจัดการความปลอดภัยทางถนนในอำเภอพยุหะคีรียังมีข้อจำกัดทั้งด้านโครงสร้างระดับพื้นที่ พฤติกรรมการใช้ถนน และระบบการบริหารจัดการ จำเป็นต้องเสริมสร้างกลไกการทำงานที่ต่อเนื่อง เพิ่มการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ และพัฒนามาตรการที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ใช้ถนนควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัด

นครสวรรค์ ดำเนินการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ผลการศึกษาในขั้นวางแผนพบว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ด้วย SWOT Analysis ชี้ให้เห็นว่าอำเภอพยุหะคีรีมีจุดแข็งด้านภาวะผู้นำของนายอำเภอ ความเข้มแข็งของกลไก พชอ. และภาคีเครือข่ายชุมชน ขณะที่จุดอ่อนสำคัญคือการขาดความต่อเนื่อง ขาดเจ้าภาพหลักในระดับตำบลและหมู่บ้าน และการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันยังไม่เป็นระบบ ในส่วนของโอกาสได้จากนโยบายระดับชาติและการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ ขณะที่อุปสรรคเกิดจากลักษณะพื้นที่ที่มีเส้นทางคมนาคมหลักหลายสายและมีจุดเสี่ยงจำนวนมาก จากการวิเคราะห์ดังกล่าว ได้นำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ และประกาศเป็นนโยบายสาธารณะ รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพทีมภาคีเครือข่าย การสร้างทีมและกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การกำหนดมาตรการขับเคลื่อนความปลอดภัย การสร้างการรับรู้และเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชนและสถานศึกษา การพัฒนาระบบจัดการข้อมูลอุบัติเหตุ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ในขั้นการปฏิบัติ ได้นำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในทุกตำบลของอำเภอพยุหะคีรี โดยมีการอบรมพัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนอุบัติเหตุ การแต่งตั้งคณะทำงานระดับตำบล การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับภาคีเครือข่าย การดำเนิน

กิจกรรมรณรงค์และจัดการจุดเสี่ยง รวมถึงการพัฒนา ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูล HDC ผลการสังเกตและการสะท้อนผล พบว่าภาคีเครือข่าย มีบทบาทชัดเจนมากขึ้น เกิดการใช้ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อกำหนดมาตรการและโครงการในระดับพื้นที่ มีการติดตามสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอจาก (พขอ.) และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล ส่งผลให้การจัดการความปลอดภัยทางถนนมีความเป็นระบบและต่อเนื่องมากขึ้น สรุปได้ว่า รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก (พขอ.) สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบเชิงระบบที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1)การพัฒนาศักยภาพทีม 2) การสร้างความเป็นเจ้าของร่วม 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4)การกำหนดมาตรการขับเคลื่อน 5) การสร้างการรับรู้ในชุมชนและสถานศึกษา และ 6) การพัฒนาระบบจัดการข้อมูล ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภออย่างยั่งยืน

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผลประสิทธิภาพรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

ด้านการประเมิน	Mean	SD	แปลผล
ด้านสภาวะแวดล้อม	3.72	0.21	ดี
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.97	0.32	ดี
ด้านกระบวนการ	3.92	0.34	ดี
ด้านผลผลิต	3.57	0.38	ดี
ภาพรวมทั้งหมด	3.80	0.34	ดี

ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการจัดการอุบัติเหตุจราจรทางถนนของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการดำเนินงานตาม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ การสร้างทีมส่งเสริมการมีส่วนร่วม การกำหนดมาตรการขับเคลื่อน การสร้างการรับรู้ในชุมชน การจัดการจุดเสี่ยง และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นทุกด้านเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทุกด้าน (ตารางที่ 2)

3. ผลการประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ผลการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า โดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับ ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.97, SD = 0.32) ด้านกระบวนการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean = 3.92, SD = 0.34) ด้านสภาวะแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean = 3.72, SD = 0.21) ด้านผลผลิต มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย แต่ยังอยู่ในระดับดี (Mean = 3.57) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการจัดการอุบัติเหตุจราจรทางถนนของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนน

ด้านการดำเนินงานตามรูปแบบ	ก่อนใช้รูปแบบ Mean (SD)	แปลผล	หลังใช้ รูปแบบ Mean (SD)	แปลผล	p-value
1) การกำหนดบทบาทหน้าที่ มอบหมายภารกิจแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	2.12 (0.33)	น้อย	3.76 (0.28)	ปานกลาง	0.009*
2) การสร้างทีมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	2.45 (0.30)	ปานกลาง	3.89 (0.25)	สูง	0.006*
3) การกำหนดมาตรการขับเคลื่อนความปลอดภัย	2.88 (0.29)	ปานกลาง	4.05 (0.22)	สูง	0.005*
4) การสร้างการรับรู้และเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชน	3.10 (0.27)	ปานกลาง	4.21 (0.20)	สูง	0.004*
5) การจัดการจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน	2.67 (0.34)	ปานกลาง	3.95 (0.26)	สูง	0.007*
6) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนเชื่อมโยงกับระบบ HDC	2.39 (0.36)	น้อย	3.82 (0.27)	ปานกลาง	0.008*
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	2.60 (0.25)	ปานกลาง	3.95 (0.21)	สูง	0.005*

* p-value <0.05

อภิปรายผล

การพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเชิงระบบและประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้จริงในบริบทพื้นที่ระดับอำเภอ ซึ่งเป็นระดับปฏิบัติการสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศ ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สามารถพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่มีลักษณะเป็นการบริหารเชิงระบบและเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแกนกลางในการขับเคลื่อน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ที่สะท้อนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงการปฏิบัติจริงในชุมชน ดังนี้ 1) การกำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายภารกิจแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจนในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการรับผิดชอบและการขับเคลื่อนงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ 2) การสร้างทีมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นการจัดตั้งและพัฒนาทีมงานแบบบูรณาการจากทุกภาคส่วน เพื่อทำหน้าที่ประสานสนับสนุน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน 3) การกำหนดมาตรการขับเคลื่อนความปลอดภัย เป็นการร่วมกันกำหนดมาตรการและแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัย

ทางถนนในระดับพื้นที่ เช่น การสวมหมวกนิรภัย การปฏิบัติตามกฎจราจร และการลดพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน 4) การสร้างการรับรู้และเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชน เป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อสื่อสาร สร้างความตระหนัก และส่งเสริมความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนแก่ประชาชนในชุมชนและสถานศึกษา โดยใช้รูปแบบการรณรงค์และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 5) การจัดการจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน เป็นการสำรวจ วิเคราะห์ และดำเนินการแก้ไขจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ 6) การพัฒนาระบบจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน เป็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและกลไกการเชื่อมโยงข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ให้มีความเป็นระบบ โดยเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ วางแผน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งมิติการบริหาร การป้องกัน และการติดตามประเมินผล รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารเชิงระบบ (General system theory) ที่มองว่าการจัดการปัญหาสาธารณสุขที่มีความซับซ้อน เช่น อุบัติเหตุทางถนนจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของหลายองค์ประกอบภายในระบบเดียวกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ยานพาหนะ ถนนและสิ่งแวดล้อม รวมถึงโครงสร้างการบริหารจัดการและนโยบาย (Bertalanffy LV., 1968) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจนภายใต้กลไก (พขอ.) ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน เพิ่มการเชื่อมโยงระหว่างระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน และทำให้การดำเนินงานมีทิศทางเดียวกัน การใช้กลไก (พขอ.) เป็นศูนย์กลางใน

การขับเคลื่อนงานความปลอดภัยทางถนน ถือเป็นจุดเด่นของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เนื่องจาก (พขอ.) เป็นกลไกเชิงนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นเวทีบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ โดยยึดหลัก “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” และเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตที่สำคัญของพื้นที่ รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่พัฒนาขึ้นจึงมีความสอดคล้องกับนโยบาย (พขอ.) ทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนเข้ามามีบทบาทตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การตัดสินใจ ไปจนถึงการติดตามและประเมินผล (Cohen JM, Uphoff NT., 1980) ผลการวิจัยสะท้อนว่าการมีส่วนร่วมในลักษณะดังกล่าวช่วยสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ (Ownership) และความรับผิดชอบร่วมต่อปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงเป็นนโยบายจากส่วนกลาง แต่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริงในระดับตำบลและชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

การกำหนดมาตรการขับเคลื่อนความปลอดภัยภายใต้รูปแบบนี้ อาศัยการประยุกต์ใช้แนวคิดตารางเมทริกซ์ของแฮดดอน (Haddon Matrix) ซึ่งช่วยให้การวิเคราะห์ปัญหาอุบัติเหตุครอบคลุมทั้งช่วงก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ รวมถึงพิจารณาปัจจัยด้านบุคคล ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ (Haddon W Jr., 1968) ส่งผลให้มาตรการที่กำหนดมีความรอบด้านและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของพื้นที่ ขณะเดียวกัน การนำแนวคิดระบบถนนปลอดภัย (Safe System Approach) มาประยุกต์ใช้ยังช่วยเปลี่ยนมุมมองจากการมุ่งเน้นความผิดของผู้ใช้

ถนนเพียงอย่างเดียว ไปสู่การออกแบบระบบที่ช่วยลดความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลกและแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ (WHO.,2021) เมื่อพิจารณาเชิงนโยบาย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ ซึ่งให้ความสำคัญกับการจัดการเชิงพื้นที่ การเสริมสร้างกลไกบูรณาการในระดับท้องถิ่น และการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดมาตรการและติดตามผล รูปแบบนี้จึงสามารถใช้เป็นต้นแบบ (Model) สำหรับอำเภออื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ผลการศึกษาผลการใช้รูปแบบ พบว่าประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีทุกด้าน ตามกรอบการประเมิน CIPP Model โดยเฉพาะด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่น แสดงให้เห็นว่าการมีโครงสร้างกลไกที่ชัดเจน ภาวะผู้นำของคณะกรรมการ (พขอ.) และการบูรณาการทรัพยากรจากหลายภาคส่วน เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam ที่ชี้ว่าคุณภาพของปัจจัยนำเข้าและกระบวนการมีผลโดยตรงต่อผลผลิตของโครงการ (Stufflebeam DL.,1971) แม้ว่าด้านผลผลิตจะมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย แต่ยังอยู่ในระดับดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผลลัพธ์ด้านการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นผลลัพธ์เชิงโครงสร้างที่ต้องอาศัยระยะเวลา ความต่อเนื่อง และการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างจริงจังในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การที่พื้นที่มีระบบการทำงานที่ชัดเจน มีการกำหนดเป้าหมายร่วม และมีการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ถือเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงนโยบายในอนาคต ผลการเปรียบเทียบ

ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการประเมินผล ซึ่งเดิมเป็นจุดอ่อนของการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมช่วยสร้างการเรียนรู้ร่วม ความเป็นเจ้าของ และความรับผิดชอบร่วมของภาคีเครือข่ายได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ที่ระบุว่าการสะท้อนผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญของ Action Research (Kemmis S, McTaggart R.,1988) นอกจากนี้ การพัฒนาระบบจัดการข้อมูลอุบัติเหตุที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ช่วยสนับสนุนการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดมาตรการและแผนงานในระดับอำเภอและตำบล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและการขับเคลื่อนนโยบายบนฐานข้อมูล (Data-driven policy) รวมถึงแนวทางการจัดการความรู้ที่เน้นการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Nonaka I, Takeuchi H.,1995)

สรุปผล

การวิจัยค้นพบรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนที่เน้นการมีส่วนร่วม โดยใช้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนผ่าน 6 องค์ประกอบหลัก เพื่อสร้างความปลอดภัยเชิงระบบตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงชุมชน รูปแบบนี้โดดเด่นกว่าแนวทางเดิมด้วยการบูรณาการภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน การจัดการจุดเสี่ยงตามข้อมูลเชิงประจักษ์ และการพัฒนามาตรการที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ซึ่งส่งผลให้การแก้ปัญหาที่มีความยั่งยืนกว่ารูปแบบการสั่งการจากส่วนกลางแบบดั้งเดิม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเชิงระบบและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในอำเภออื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยกำหนดให้ พชอ. เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการใช้ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) เป็นฐานในการกำหนด

มาตรการ วางแผน และติดตามประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนระดับชาติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษานำรูปแบบการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน และติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ นอกจากนี้ ควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ใช้ถนนและวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อสนับสนุนการออกแบบมาตรการเชิงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานสถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2562-2566. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). เล่ม 139 ตอนพิเศษ 258 ง.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2567). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ปี 2566. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). แนวทางการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). รายงานสถานการณ์ทางสังคมของประเทศไทย. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุหะคีรี. (2567). รายงานสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2565-2567.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2554). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนน พ.ศ. 2554.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561.

- Bertalanffy, L. von. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235.
- Haddon, W., Jr. (1968). The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma. *American Journal of Public Health*, 58(8), 1431–1438.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.
- Stufflebeam, D. L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. *Journal of Research and Development in Education*, 5(1), 19–25.
- World Health Organization. (2021). *Global plan for the decade of action for road safety 2021–2030*.
- World Health Organization. (2023). *Global status report on road safety 2023*.

การพัฒนาแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภองาว จังหวัดลำปาง

DEVELOPMENT OF A DIABETES MELLITUS PREVENTION MODEL AMONG PRE-DIABETIC RISK GROUPS THROUGH NETWORK PARTICIPATION IN NGAO DISTRICT, LAMPANG PROVINCE

สุภาพร ยอดมณี

Supaporn Yodmune

สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว จังหวัดลำปาง

Ngao District Public Health Office, Ministry of Public Health, Lampang Province

Corresponding author E-mail: Supaporn.y168@gmail.com

Received: 17 Mar., 2026

Revised: 26 May., 2026

Accepted: 2 Jun., 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พื้นที่วิจัยคือ อำเภองาว จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 60 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานระยะเวลา 12 สัปดาห์ และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภองาว ดำเนินการผ่าน 4 แนวทาง มุ่งเน้นการให้ความรู้และประเมินสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ขับเคลื่อนผ่านการใช้สมุดบันทึกสุขภาพและแอปพลิเคชัน "Smart อสม. ชวนนับคาร์บ" เพื่อติดตาม สนับสนุน และประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 106.90, S.D. = 16.54 และ 92.27, S.D. = 17.96 ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.684$, $p < 0.001$) เสนอแนะควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในระดับชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การป้องกันโรคเบาหวาน; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; หลัก 3อ.2ส.; การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This research employed a Research and Development design with three objectives: 1) to investigate the situation and factors associated with diabetes mellitus prevention among at-risk populations; 2) to develop a diabetes mellitus prevention model through community network participation; and 3) to evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted in Ngao District, Lampang Province, Thailand. A total of 120 participants at risk of diabetes were recruited and assigned into an experimental group ($n = 60$) and a control group ($n = 60$) using a multistage sampling technique. The research instruments included a demographic questionnaire, a health literacy assessment based on the 3E2S framework (diet, exercise, emotional management, smoking cessation, and alcohol avoidance), a 12-week diabetes mellitus prevention program, and focus group discussion guidelines. All instruments were validated by experts for content validity and demonstrated acceptable reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Chi-square test, independent t-test, and paired t-test.

The study found that the diabetes prevention model based on the participation of network partners in Ngao District was implemented through four strategies. The model emphasized providing knowledge and assessing the health status of at-risk groups in order to promote behavioral change according to the 3Aor.2Sor principles. It integrated collaboration from all sectors in the area and was driven through the use of health record booklets and the “Smart Village Health Volunteer: Let’s Count Carbs” application to continuously monitor, support, and evaluate health outcomes. After the intervention, the experimental group had a higher mean health literacy score than before the intervention (Mean = 106.90, S.D. = 16.54, and 92.27, S.D. = 17.96, respectively), and significantly higher than the control group ($t = 4.684$, $p < 0.001$). It is recommended that this model be applied at the community level, with emphasis on the participation of network partners and continuous behavioral monitoring, in order to promote sustainable prevention of diabetes and other non-communicable diseases.

Keywords: Diabetes mellitus prevention; Health literacy; 3E 2S principle; Research and development

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และหากเป็นต่อเนื่องจะก่อให้เกิดความเสี่ยงของอวัยวะหลายระบบ

โรคเบาหวานจำแนกได้ 4 ชนิดตามสาเหตุของการเกิดโรค (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2568) โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุด และสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas

พบว่า ทั่วโลกมีผู้ใหญ่ (อายุ 20-79 ปี) จำนวน 589 ล้านคนที่เป็โรคเบาหวาน และเสียชีวิตมากถึง 6.7 ล้านคน ในปี 2564 คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2021) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย เช่นเดียวกับประเทศไทยพบ 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ), 2564) ส่วนอำเภองาว จังหวัดลำปาง มีสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี 2563-2567 เท่ากับ 2,460 คน, 2,769 คน, 2,900 คน, 2,979 คน และ 2,900 คน ตามลำดับ โดยอำเภองาวเป็นอำเภอที่พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมากเป็น 1 ใน 5 ของจังหวัดลำปาง ตั้งแต่ปี 2564-2567 ร้อยละ 0.76, 1.02, 0.71 และ 1.11 ตามลำดับ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2568) ดังนั้น การป้องกันในระดับประชากรและการค้นหากลุ่มเสี่ยงยังเป็นโจทย์สำคัญ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบผู้ป่วยจำนวนมาก และยังมีประชาชนจำนวนหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วย ทำให้เข้าสู่ระบบรักษาเมื่อเริ่มมีอาการหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้การดูแลรักษาซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคเบาหวาน ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2566) ทั้งนี้ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักไม่แสดงอาการในระยะแรก จึงจำเป็นต้องเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารและกิจกรรมทางกายอย่างจริงจัง เพื่อชะลอหรือป้องกันการเกิดโรค (เจาะลิกระบบสุขภาพ, 2567)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสนับสนุนการขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการสื่อสารด้านโภชนาการ เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักรู้ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่บริโภคในแต่ละวัน (กรมควบคุมโรค, 2567) อย่างไรก็ตาม การทำให้นโยบายเกิดผลในระดับพื้นที่จำเป็นต้องมี “รูปแบบการดำเนินงาน” ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และมีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 พบประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่คัดกรองและอยู่ในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานจำนวนมาก และเขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันอยู่ในระดับสูง โดยจังหวัดลำปางเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีภาระโรคสูง ในระดับพื้นที่ อำเภองาว จังหวัดลำปางมีสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วงปี 2563-2567 อยู่ในระดับสูงต่อเนื่อง และมีสัดส่วนกลุ่มเสี่ยงป่วยเพิ่มขึ้นในบางปี สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนามาตรการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงป่วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2568)

การดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานที่ผ่านมา ยังมีข้อจำกัด โดยมักเป็นการให้ความรู้ทางเดียวและขาดการบูรณาการข้อมูลสุขภาพ เพื่อวางแผนเชิงรุก แม้กลไกสำคัญอย่าง อสม. จะมีความเข้มแข็งในการเข้าถึงประชาชน แต่ยังคงขาดเครื่องมือและรูปแบบการทำงานที่เป็นมาตรฐานในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. นอกจากนี้ ยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพ

ตำบล ทำให้การขับเคลื่อนงานในหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภออาจยังไม่สอดคล้องกับปัญหา ขาดความต่อเนื่อง และไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงการปรับพฤติกรรมได้

จากข้อจำกัดดังกล่าว การขาดระบบติดตามประเมินผลที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับบุคคลถึงชุมชน และขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการบูรณาการระบบสุขภาพระดับอำเภอ เข้ากับการทำงานของเครือข่ายระดับพื้นที่ ส่งผลให้ไม่สามารถลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเกิดความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ขับเคลื่อนผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยมุ่งเน้นการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผน ปิดช่องว่างระบบบริการ และเสริมสร้างความรอบรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะช่วยยับยั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยไม่ให้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ และลดภาระโรคในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and development) โดยมีประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ อสม. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ดำเนินการวิจัยเดือน พฤษภาคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2569 ลำปาง มี 3 ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวาน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุ อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการป้องกันโรคเบาหวานในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ออกแบบและพัฒนารูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 21 คน เลือกแบบสมมติใจ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ 8 คน (2) ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ 9 คน และ (3) ตัวแทนชุมชน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ (1) สมุดบันทึกข้อมูล และ (2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ครอบคลุมประเด็นสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกับการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC และผลคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำปี) นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจัดหมวดหมู่ เชื่อมโยงเนื้อหา และสรุปความเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ เพื่อเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบเชิงรุกต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 มาออกแบบเป็น “รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.” ระยะเวลาดำเนินงาน 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงโครงการ เก็บข้อมูลพื้นฐาน/ตอบแบบสอบถาม วัดค่า BMI และตรวจเลือดปลายนิ้ว (DTX)

สัปดาห์ที่ 2 ฝึกปฏิบัติด้านอาหารโดยใช้แนวคิด “นับคาร์บ” และให้บันทึกพฤติกรรมรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 4 ฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางกาย (เช่น แอโรบิกในชุมชน) ร่วมกับการใช้ตารางออกกำลังกาย และให้บันทึกผลลงใน “แอปพลิเคชัน อสม. ชวนนับคาร์บ”

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด โดยประยุกต์หลักพุทธศาสนาและการฝึกสมาธิ

สัปดาห์ที่ 8 ให้ความรู้เรื่องการไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ผ่านสื่อภาพนิ่ง และสนับสนุนให้เกิดการเลิกพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 10 ติดตามผลจากสมุดบันทึกและข้อมูลในแอปพลิเคชัน พร้อมให้คำแนะนำรายบุคคลเพื่อกระตุ้นความต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลหลังสิ้นสุดกิจกรรมสรุปความก้าวหน้าด้านพฤติกรรมผ่านแบบสอบถาม สมุดบันทึก และแอปพลิเคชัน

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินผลเชิงปริมาณเพื่อวัดประสิทธิผลของรูปแบบ และการประเมินผลเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน

3.1 การประเมินผลเชิงปริมาณ (ประสิทธิผลของรูปแบบ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่รับบริการใน รพ.สต. เขตอำเภอจาง 4 แห่ง รวม 141 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวม 120 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 60 คน (รพ.สต.บ้านสบป้อน และแห่งใต้ แห่งละ 30 คน) และ กลุ่มควบคุม 60 คน (รพ.สต.บ้านดอกคำใต้ และบ้านหวด แห่งละ 30 คน)

เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ ≥ 35 ปี, ค่า FBS 100–125 mg%, อาศัยในพื้นที่, สมัครใจเข้าร่วม และเนื่องจากมีการใช้เทคโนโลยี จึงกำหนดให้ต้องสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจการใช้งานสมาร์ทโฟนเบื้องต้น หรือมีคู่มือ/ญาติในพื้นที่ที่สามารถช่วยบันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันได้

เกณฑ์คัดออก คือมีปัญหาสุขภาพ/โรคแทรกซ้อนรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือร่วมกิจกรรมได้ครบ

หรือถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและต้องรับประทานยา ระหว่างการทดลอง

การดำเนินการ กลุ่มทดลองจะได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิด 3อ.2ส. 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามชุดบริการปกติ (เช่น ให้คำแนะนำทั่วไป แจกแผ่นพับ โดยไม่ใช้การ “นับคาร์บ” หรือแอปพลิเคชัน อสม. เข้าไปกระตุ้น)

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ ใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (10 ข้อ) (3) พฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. (40 ข้อ) และ (4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบ (13 ข้อ) โดยส่วนที่ 2-4 แปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) เครื่องมือผ่านการหาค่าความตรง (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าระหว่าง 0.67–1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นเบื้องต้นทางสถิติ (Try-out 30 คน) ได้ค่า Cronbach's alpha อยู่ในระดับยอมรับได้ที่ 0.82, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติและเก็บข้อมูลก่อน-หลังทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย S.D.) ทดสอบการแจกแจงปกติ และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ Paired t-test (เปรียบเทียบภายในกลุ่ม) และ Independent t-test (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม) ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

3.2 การประเมินผลเชิงคุณภาพ (การสะท้อนผลการดำเนินงาน)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 41 คน แบ่งเป็น กลุ่มผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ 14 คน ตัวแทนภาครัฐ 14 คน และตัวแทนชุมชน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล มุ่งเน้นสะท้อนผลการดำเนินงาน ความเหมาะสม ความร่วมมือ และการนำไปใช้จริง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความและสรุป

แบบอุปนัย นำเสนอผลแบบพรรณนาและคำพูดสนับสนุนใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับหลัก 3อ.2ส. (2) รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรค (3) ความร่วมมือและข้อตกลงของภาคีเครือข่าย และ (4) ความพึงพอใจและการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง (เลขที่ใบรับรอง E2568-022 โครงการวิจัยเลขที่ 026/2568 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2568) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมทราบก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมเพื่อการศึกษาเท่านั้น อีกทั้งตามหลักจริยธรรมการวิจัย หากเมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่ารูปแบบในกลุ่มทดลองได้ผลดี ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้และส่งมอบรูปแบบดังกล่าวแก่กลุ่มควบคุมด้วย เพื่อให้ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ทางสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์โรคเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า อัตราป่วยโรคเบาหวานในช่วงปี พ.ศ. 2565-2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนสูงสุดในปี 2567 (ประมาณ 1,400 ต่อแสนประชากร) และลดลงในปี 2568 (ประมาณ 800 ต่อแสนประชากร) โดยแนวโน้มสอดคล้องกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง สำหรับรายตำบล พบว่า ตำบลบ้านหวดมีอัตราป่วยสูงสุดในช่วงปี 2565-2567 และลดลงในปี 2568 ขณะที่ตำบลบ้านร้องและตำบลบ้านแม่ตึบมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่และลดลงในปี 2568 ส่วนตำบล

บ้านเหมืองมีอัตราป่วยต่ำสุดในปี 2566 เพิ่มขึ้นในปี 2567 และลดลงในปี 2568

1.2 ผลการศึกษาความรู้ด้านโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 55.8 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ด้านการดูแลสุขภาพตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 21.4; ระดับมาก) ขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมทางสังคม มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า (Mean = 12.5-15.9; ระดับน้อย)

1.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการใช้สมุนไพร

2. รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ผู้วิจัยดำเนินการประชุมและการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อคืนข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 ราย โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัจจัยด้านพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การขาดความรู้ด้านการป้องกันโรค และการขาดการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานในชุมชน บริบทพื้นที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่บ้านที่มีการใช้เครื่องปรุงรสสูง และนิยมบริโภคแป้งและข้าวเหนียวเป็นหลัก รวมทั้งมีการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และเครื่องดื่มรสหวานเพิ่มขึ้น ด้านกิจกรรมทางกาย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายอย่างเป็นระบบ เนื่องจากเข้าใจว่าการทำงานในชีวิตประจำวันเพียงพอแล้ว ขณะที่

พฤติกรรมในการจัดการความเครียด พบการสูบบุหรี่และดื่มสุราในบางกลุ่ม นอกจากนี้ ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะด้านการเลือกบริโภคอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ และการประเมินความเสี่ยง

รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วยหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 1 แนวทางการดำเนินงานของรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอจาง จังหวัดลำปาง

ในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และติดตามประเมินผลร่วมกัน องค์ประกอบของรูปแบบ ได้แก่ 1) การสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) การปรับพฤติกรรมตามแนวคิด 3อ.2ส. 3) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยภาคีเครือข่าย และ 4) การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน โดยเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระยะเวลา 12 สัปดาห์ บูรณาการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ดังรายละเอียดตารางที่ 1

แนวทาง	รูปแบบ/กิจกรรม
1. การสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	- จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง - ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เก็บข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. การปรับพฤติกรรมตามแนวคิด 3อ.2ส.	- จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยเน้นการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต การกำหนดเมนูอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยง และการบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหารลงในสมุดบันทึกสุขภาพรายบุคคล - ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น การเดิน การเต้นแอโรบิกในหมู่บ้าน และการกำหนดตารางการออกกำลังกาย พร้อมทั้งติดตามผลการปฏิบัติผ่านการบันทึกข้อมูลในแอปพลิเคชัน Smart อสม. - จัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านการจัดการอารมณ์ เช่น การฝึกสมาธิบำบัด และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจ - จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา โดยใช้สื่อการเรียนรู้และการรณรงค์ในชุมชน พร้อมสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงลด ละ เลิกพฤติกรรมดังกล่าว

แนวทาง	รูปแบบ/กิจกรรม
3. การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยภาคีเครือข่าย	- ติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ผ่านการใช้สมุดบันทึกสุขภาพรายบุคคล การติดตามผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม. และการให้คำแนะนำเฉพาะรายเพื่อเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ส่งเสริมความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลงาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และประชาชน ในการร่วมวางแผนดำเนินกิจกรรม และติดตามประเมินผล
4. การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน	- ประเมินผลลัพธ์หลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ การเปรียบเทียบข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพรายบุคคล และข้อมูลจากแอปพลิเคชัน Smart อสม. เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

บทบาทเด่นของเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่า กลไกสำคัญที่ทำให้รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในอำเภองาวมีความเข้มแข็ง ประกอบด้วยบทบาทที่โดดเด่นของภาคีเครือข่ายและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้ อสม. มีบทบาทเด่น เป็นพี่เลี้ยงด้านสุขภาพ และตัวกลางเชื่อมระบบบริการกับชุมชนเป็นผู้ติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิดในระดับครัวเรือน ช่วยสอนการนับคาร์โบไฮเดรต และการใช้แอปพลิเคชัน Smart อสม. ชวนนับคาร์บ ให้คำแนะนำเฉพาะราย และสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ประสานข้อมูลสุขภาพระหว่างประชาชนกับหน่วยบริการ ปัจจัยความสำเร็จ ความใกล้ชิด ความไว้วางใจ และความต่อเนื่องในการติดตามในชุมชน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บทบาทเด่น หน่วยวิชาการและสนับสนุนระบบบริการ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านโรคเบาหวาน และแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยง เป็นผู้ดำเนินการคัดกรอง (DTX, BMI) และให้คำปรึกษาทางคลินิก พัฒนาสื่อการเรียนรู้ และเครื่องมือประเมิน สนับสนุนการวิเคราะห์

ข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยความสำเร็จ ความน่าเชื่อถือทางวิชาการ และการสนับสนุนข้อมูลเชิงระบบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บทบาทเด่น ผู้กำกับทิศทางและบูรณาการระบบ กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ เชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานทุกภาคส่วน (DHS) สนับสนุนการใช้ข้อมูล HDC ในการวางแผน ติดตามและประเมินผล การดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ การบริหารจัดการเชิงระบบ และการเชื่อมโยงข้อมูล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บทบาทเด่น สนับสนุนทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม เช่น ชมรมออกกำลังกาย ลานออกกำลังกาย กิจกรรมรณรงค์ในชุมชน ปัจจัยความสำเร็จ การสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง ผู้นำชุมชน บทบาทเด่น ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) กระตุ้นให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรม สื่อสารประชาสัมพันธ์และสร้างความตระหนักในชุมชน เป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความสำเร็จ ภาวะผู้นำและอิทธิพลทางสังคม ประชาชนกลุ่มเสี่ยง บทบาทเด่น

ผู้มีส่วนร่วมเชิงรุก มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ปัจจัยความสำเร็จ ความตระหนักรู้และแรงจูงใจภายใน ความสำเร็จของรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในอำเภอจาง เกิดจากการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในลักษณะ พหุภาคีที่มีบทบาทเสริมกัน กล่าวคือ อสม. ทำหน้าที่เชิงปฏิบัติในระดับครัวเรือน หน่วยบริการสุขภาพสนับสนุนด้านวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำกับเชิงระบบ อปท. สนับสนุนทรัพยากร ผู้นำชุมชนขับเคลื่อนทางสังคม และประชาชนเป็นกลไกหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการบูรณาการบทบาทดังกล่าวภายใต้ความไว้วางใจ การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และการใช้ข้อมูลเชิงระบบ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอำเภอจาง จังหวัดลำปาง

3.1 ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 คุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=60)	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	
เพศหญิง จำนวน (ร้อยละ)	57 (95.0)	51 (85.0)	0.068 ^a
อายุ (ปี)	48.2 (8.8)	48.5 (8.7)	0.811 ^b
FBS (มก./ดล.)	100.4 (29.7)	100.3 (25.8)	0.997 ^b
BMI (กก./ม ²)	28.5 (3.8)	27.0 (3.5)	0.036 ^b
รายได้ (บาท)	5673.5 (3730.3)	5763.3 (3646.4)	0.894 ^b
การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)	14 (23.3)	16 (26.7)	0.614 ^a
สถานการณสมรส (ร้อยละ)	36 (60.0)	37 (61.7)	0.840 ^a
การตรวจสุขภาพ (ร้อยละ)	39 (65.0)	31 (51.7)	0.136 ^a

^a chi-square test, ^b independent t-test

3.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ระหว่างกลุ่ม

และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีเพศหญิงร้อยละ 95.0 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 85.0 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.068$) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 48.2 ปี (S.D.=8.8) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.5 ปี (S.D.=8.7) ($p=0.811$) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 100.4 มก./ดล. (S.D.=29.7) และกลุ่มควบคุม 100.3 มก./ดล. (S.D.=25.8) ($p=0.997$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 5,673.5 บาท (S.D.=3,730.3) และกลุ่มควบคุม 5,763.3 บาท (S.D.=3,646.4) ($p=0.894$) ในด้านระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการตรวจสุขภาพ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.614$, 0.840 และ 0.136 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม พบว่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 28.5 กก./ม² (SD=3.8) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 27.0 กก./ม² (SD=3.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.036$) ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เท่ากับ 92.27 คะแนน (SD = 17.96) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.17 คะแนน (SD = 13.97) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.760$) หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 106.90

คะแนน (SD = 16.54) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.98 คะแนน (SD = 13.51) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.684$, $p < 0.001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบ	n	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วม					
กลุ่มทดลอง	60	92.27	17.96	-0.306	0.760
กลุ่มควบคุม	60	93.17	13.97		
หลังเข้าร่วม					
กลุ่มทดลอง	60	106.90	16.54	4.684	<0.001*
กลุ่มควบคุม	60	93.98	13.51		

*ระดับความเชื่อมั่น $p < 0.05$

3.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 92.27 คะแนน (S.D. = 17.96) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 106.90 คะแนน (S.D. =

16.54) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น 14.63 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.721$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานสามารถช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภองาว จังหวัดลำปาง ของกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบ	n	Mean	SD.	$\bar{d}$	t	p-value
ก่อนเข้าร่วม	60	92.27	17.96	14.63	5.721	<0.001*
หลังเข้าร่วม	60	106.90	16.54			

*ระดับความเชื่อมั่น $p < 0.05$

อภิปรายผล

1. สถานการณ์โรคเบาหวาน อำเภองาว จังหวัดลำปาง

สถานการณ์โรคเบาหวานในอำเภองาว จังหวัดลำปาง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 และลดลงในปี พ.ศ. 2568 โดยปี พ.ศ. 2567 มีอัตราป่วยสูงสุดประมาณ 1,400 ต่อแสน

ประชากร สะท้อนแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization (2024) และ International Diabetes Federation (Magliano et al., 2021) ที่ระบุว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ ความแตกต่างของอัตราป่วยในแต่ละตำบลอาจสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนด

สุขภาพทางสังคม เช่น รายได้ อาชีพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Marmot et al., 2020) ด้านความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง แต่ความรู้ด้านสุขภาพบางมิติ เช่น การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ ยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ชี้ว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงสอดคล้องกับ Berkman et al. (2011) และ ปัทมาคงบุญรักษ์ (2568) ส่วนผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด รายได้ และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวก ขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือดและรายได้อาจมีความสัมพันธ์เชิงลบ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) นอกจากนี้ การใช้สมุนไพรที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนบทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่น (จิราณู มีสุวรรณ และคณะ, 2565) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคควรมุ่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภองาว จังหวัดลำปาง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สามารถส่งเสริมความตระหนักและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวาน รูปแบบนี้สอดคล้องกับบริบทชุมชน เกิดจากการที่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (อสม. ผู้นำชุมชน) ร่วมกันสะท้อนปัญหาในชั้นการวางแผน มีส่วนร่วมช่วยลด แรงต้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะ

กิจกรรมไม่ได้ถูกสั่งการมาจากส่วนกลาง แต่เกิดจาก “ข้อตกลงร่วมของชุมชน” อาหาร (อ.) ส่งเสริมการลดหวาน มัน เค็ม ปรับปริมาณการบริโภคข้าวเหนียว และเพิ่มการบริโภคผักพื้นบ้าน โดยใช้กิจกรรม เช่น การสาธิตเมนูสุขภาพ การปลูกผักสวนครัวในครัวเรือน ออกกำลังกาย (อ.) ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การเดินแอโรบิกในหมู่บ้าน การออกกำลังกายกลุ่มในชุมชน อารมณ์ (อ.) เน้นการจัดการความเครียด เช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การทำสมาธิ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา (2ส.) สร้างค่านิยมและข้อตกลงของชุมชนในการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ (Singsalasang et al., 2022) รวมถึงการพัฒนาารูปแบบสุขภาพโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กฤตพัทธ์ ผักผัน และคณะ, 2565) อีกทั้งความรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Ong-Artborirak et al., 2023) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน อสม. และเครือข่ายในพื้นที่ ร่วมกับการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (สาคร ไชยอำมาตย์ และคณะ, 2568) และการดำเนินงานในระดับชุมชนควรเน้นการมีส่วนร่วมและการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืน (กฤษดา ไม้เวียง, 2567) ดังนั้น การบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวานในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอำเภอจาง จังหวัดลำปาง

ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง อำเภอจาง จังหวัดลำปาง พบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถเปรียบเทียบผลได้อย่างเหมาะสมภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สูงกว่ากลุ่มควบคุม และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อน-หลัง แสดงถึงประสิทธิภาพของรูปแบบในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา ไม่เพียงแต่เกิดจากการจัดกิจกรรมตามหลัก 3อ.2ส. เท่านั้น แต่ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะบทบาทของ อสม. ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการติดตามพฤติกรรมผ่านแอปพลิเคชัน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน (Singsalasang et al., 2022) รวมถึงการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ช่วยเพิ่มความรอบรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (ปัทมา คงบุญรักษ์, 2568) และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Ong-Artborirak et al., 2023) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบที่บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการมี

ส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง

สรุปผล

รูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานที่บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อปท. รพ.สต. และ อสม. ประกอบด้วย 1) การสร้างความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) การปรับพฤติกรรมตามแนวคิด 3อ.2ส. 3) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยภาคีเครือข่าย และ 4) การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผ่านการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการติดตามพฤติกรรม และการใช้เครื่องมือสนับสนุน เช่น สมุดบันทึกสุขภาพและแอปพลิเคชัน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างเป็นรูปธรรม จึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทระบบสุขภาพระดับอำเภอและสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ระดับนโยบาย ควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการขยายผลรูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานนี้ไปยัง รพ.สต. อื่น ๆ ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยเน้นการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะ “การเป็นโค้ชสุขภาพ” ให้แก่เจ้าหน้าที่และ อสม.

2) ระดับปฏิบัติการ (รพ.สต./อสม.) ควรนำเครื่องมือดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชัน Smart อสม. และสมุดบันทึกสุขภาพ มาใช้เป็นกลไกหลักในการติดตามพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาสำหรับกลุ่มที่ไม่ถนัดเทคโนโลยี โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ที่มี

ระดับความรู้ด้านดิจิทัลต่ำ เพื่อป้องกันการเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านการป้องกันโรค ทั้งนี้ ควรมีการออกแบบสื่อและกิจกรรมในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ การสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข อสม. หรือกิจกรรมชุมชน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยี เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมและเท่าเทียม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง จังหวัดลำปาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ ปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
<https://www.ddc.moph.go.th>
- กรมควบคุมโรค. (2567). กรมควบคุมโรค รมณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขแม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน. จาก <https://ddc.moph.go.th>
- กฤตพัทธ์ ผักฝน อภิชาติ ใจใหม่ ปิฎยาวัชร ปราบกฤษณ์ อรัญญา นามวงศ์ เอมอร แสงศิริ และภัทรพร เทวอักษร. (2565). การพัฒนารูปแบบการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงบรรทัดฐานใหม่เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(4), 396-382. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/259867/178036>
- กฤษดา ไม้เวียง. (2567). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กรณีศึกษาตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(5), 307-315. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/download/3373/2471/23544>
- จิราณัฐ มีสุวรรณ กนกนาฏ อภัยภักดิ์ อารีญา ทึกขุนทด และวัฒนา ชยรัช. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน บ้านซันตารี จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา, 1(2), 1-13. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/jhsnmc/article/download/634/603>
- เจาะลิกระบบสุขภาพ. (2567). “สมศักดิ์” รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 ชี้คนไทยป่วย 6.5 ล้านคน ย้ำ! นับ Carb ลดเสี่ยงเอ็นซีดี. จาก <https://www.hfocus.org/content/2024/11/32233>
- ปัทมา คงบุญรักษ์. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตเทศบาลเมืองหลวงสวน อำเภอหลวงสวน จังหวัดชุมพร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ, 10(2), 905-918. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/286308/190158>
- วิชัย เอกพลากร (บรรณธิการ). (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2568). “การรักษาเบาหวานลงไต” ซึ่งเน้นถึงการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายเพื่อชะลอหรือป้องกันการเสื่อมลงของไต. จาก <https://dmthai.org/new/>

- สาคร ไชยอำมาตย์ ปรีชา ชัยชนันท์ และจิราภรณ์ ชิตตระกูล. (2568). การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชนจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 35(2), 67-76. <https://thaidj.org/index.php/NRTC/article/view/16729/13168>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2568). รายงานของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2567. จาก <https://lpg.hdc.moph.go.th>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-0000>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Retrieved from <https://diabetesatlas.org>
- Magliano, D. J., Boyko, E. J., & Atlas, I. D. (2021). COVID-19 and diabetes. In *IDF DIABETES ATLAS* [Internet]. 10th edition. International Diabetes Federation. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581933/>
- Marmot, M. (2020). Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *Bmj*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m693>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Ong-Artborirak, P., Seangpraw, K., Boonyathe, S., Auttama, N., & Winaiprasert, P. (2023). Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus in Thai communities. *BMC Geriatrics*, 23, 297. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04010-0>
- Singsalasang, A., Nguanjarak, R., & Salawonglak, T. (2022). Health literacy and behaviors influencing blood sugar level control among type 2 diabetes patients in primary care units, Thailand: A cross-sectional study. *F1000Research*, 11, 332. 10.12688/f1000research.74225.1
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- World Health Organization. (2024). Guidance on global monitoring for diabetes prevention and control: framework, indicators and application. World Health Organization. [https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=&id=jTEyEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR4&dq=World+Health+Organization.+<2022>.+Diabetes.+Geneva:+WHO.&ots=4icmyfn764&sig=64bOOVrn3VY5LM3W0JwAvZ4Mtj8&redir_esc=y#v=onepage&q=World%20Health%20Organization.%20\(2022\).%20Diabetes.%20Geneva%3A%20WHO.&f=false](https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=&id=jTEyEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR4&dq=World+Health+Organization.+<2022>.+Diabetes.+Geneva:+WHO.&ots=4icmyfn764&sig=64bOOVrn3VY5LM3W0JwAvZ4Mtj8&redir_esc=y#v=onepage&q=World%20Health%20Organization.%20(2022).%20Diabetes.%20Geneva%3A%20WHO.&f=false)

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนดงเจนวิทยาคม อำเภอภูพาน จังหวัดพะเยา
HEALTH LITERACY AND OBESITY PREVENTION BEHAVIORS AMONG JUNIOR
HIGH SCHOOL STUDENTS AT DONGJEN WITTAYAKOM SCHOOL,
PHUKAMYAO DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

ธนัญญ์ณาสร์ ไชยมงคล

Thanannaphat Chaimongkhon

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

Phayao Provincial Public Health Office

Corresponding author E-mail: thanannaphat.c@scphpl.ac.th

Received: 7 Apr., 2026

Revised: 25 Jun., 2026

Accepted: 29 Jun., 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงเจนวิทยาคม อำเภอภูพาน จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling จากจำนวนนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 185 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ โดยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบทดสอบจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จากคู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งผ่านการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ ประกอบไปด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ($KR-20 = 0.70$) 3) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน ($\alpha = 0.74$) 4) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน ($\alpha = 0.79$) 5) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ($\alpha = 0.79$) 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน ($\alpha = 0.82$) 7) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน ($\alpha = 0.52$) และ 8) พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ($\alpha = 0.82$) ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ Spearman's Rank Correlation ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ($mean=89.17\pm13.99$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($mean=17.39\pm3.58$) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($mean=18.61\pm4.43$) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ($mean=17.29\pm3.87$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($mean=17.42\pm4.26$) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($mean=13.48\pm2.93$) อยู่ในระดับพอใช้ได้ ขณะที่ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ($mean=4.98\pm1.78$) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับพอใช้ได้ ($mean=61.83\pm6.13$) นอกจากนี้ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ($p=0.233$, $p=0.001$), ($p=0.216$, $p=0.003$)

ซึ่งสะท้อนว่าการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคอ้วนที่ถูกต้องควบคู่กับทักษะการจัดการตนเองของนักเรียนร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านอาหารและกิจกรรมทางกายในโรงเรียนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน; นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine health literacy and obesity prevention behaviors among lower secondary school students at Dongjen Wittayakom School, Phu Kam Yao District, Phayao Province. The sample was recruited through stratified random sampling combined with simple random sampling from 185 students currently enrolled in Mathayom 1–3 during the 2025 academic year. Data were collected via an online questionnaire authorized for use by the Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, from the Health Literacy Assessment Manual for Thai Overweight Children and Youth. The instrument had been validated through discriminative power analysis and component index measurement, comprising eight sections: (1) general information; (2) health knowledge and understanding for obesity prevention ($KR-20 = 0.70$); (3) access to health information and services for obesity prevention ($\alpha = 0.74$); (4) health communication for enhancing obesity prevention competency ($\alpha = 0.79$); (5) personal health condition management for obesity prevention ($\alpha = 0.79$); (6) media and information literacy for obesity prevention ($\alpha = 0.82$); (7) decision-making for correct obesity prevention practices ($\alpha = 0.52$); and (8) obesity prevention behaviors ($\alpha = 0.82$). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Spearman's Rank Correlation. The findings revealed that the overall health literacy was at an adequate level (mean = 89.17 ± 13.99). At the subscale level, access to health information and services (mean = 17.39 ± 3.58), health communication for enhancing competency (mean = 18.61 ± 4.43), personal health condition management (mean = 17.29 ± 3.87), media and information literacy (mean = 17.42 ± 4.26), and decision-making for correct practices (mean = 13.48 ± 2.93) were all rated at a moderate level. However, health knowledge and understanding were rated at an incorrect level (mean = 4.98 ± 1.78). Obesity prevention behaviors were at a moderate level (mean = 61.83 ± 6.13). Furthermore, health knowledge and understanding, as well as personal health condition management, were found to have a low positive correlation with obesity prevention behaviors ($\rho=0.233$, $\rho=0.001$) and ($\rho=0.216$, $\rho=0.003$), respectively. These findings suggest that developing programs that promote accurate knowledge and understanding of obesity, alongside students' self-management skills,

combined with the management of food and physical activity environments within the school, are key factors in fostering sustainable obesity prevention behaviors among students.

Keywords: Health literacy; Obesity prevention behaviors; Junior high school students

บทนำ

องค์การอนามัยโลกจัดให้โรคอ้วนเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างพันธุกรรม ระบบประสาท พฤติกรรมการกิน การเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ กลไกตลาด และสภาพแวดล้อมโดยรวม ซึ่งมีผู้คนมากกว่า 1 พันล้านคนที่เป็นโรคอ้วน (NCD Risk Factor Collaboration, 2024) ภาวะน้ำหนักเกิน หรือ โรคอ้วนในเด็ก เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่น่ากังวลมากขึ้น จากรายงานของ กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ปี ค.ศ. 2025 พบว่า ทั่วโลกมี “เด็กที่เป็นโรคอ้วน” มากกว่า “เด็กผอม” ส่งผลกระทบต่อเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมากกว่า 188 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็น 1 ใน 10 ของเด็กทั้งหมด (UNICEF, 2025) ผลกระทบของโรคอ้วนทำให้เกิดโรคเรื้อรังและโรคแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคระบบเผาผลาญและหลอดเลือด ไขมันพอกตับ ข้อเข่าเสื่อม และปัญหาการนอนหลับ นอกจากนี้ ยังนำไปสู่ปัญหาด้านสังคมระยะยาว การลดคุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผลกระทบต่อจิตใจจากการถูกตีตราในสังคม สำหรับประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับปัญหานี้เช่นกัน พบจำนวนอัตราเด็กที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่าในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา และติดอันดับ 1 ใน 4 ของภูมิภาคอาเซียน ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) และโรคอ้วน (Obesity) ในเด็กเพิ่มขึ้นทุกช่วงวัย ในเด็กเล็กอายุ 1-5 ปี จากร้อยละ 6 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 11 เด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี จากร้อยละ 6 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14 วัยรุ่น อายุ 15-18 ปี ประมาณร้อยละ 13 มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนและภายใน 10 ปี เด็กและเยาวชนไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี กว่าร้อยละ 60 จะมีน้ำหนักเกินหรือ

เป็นโรคอ้วน (World Obesity Federation, 2025) ประเทศไทยพบว่าเด็กวัยเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วน และอ้วน ยังคงอยู่ในอัตราที่สูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีโดยเฉพาะในเขตเมืองทุกภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2566 2567 และ 2568 พบว่าสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการในประเทศไทย พบเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 8.76, 8.87, 9.16 ตามลำดับ เด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.10, 13.12, 13.39 ตามลำดับ และวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 14.90, 15.76, 16.99 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 1 พบข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียน (6-14 ปี) ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 - 2568 ร้อยละ 14.51, 14.55, 14.78 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่จังหวัดพะเยา พบว่าเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 - 2568 ร้อยละ 14.32, 14.59, 13.87 ตามลำดับ นอกจากนี้หากวิเคราะห์ข้อมูลแยกระดับรายอำเภอของจังหวัดพะเยาแล้ว พบว่า อำเภอภูกามยาว เป็นอำเภอที่มีจำนวนร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 - 2568 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.09, 16.23, 19.98 ตามลำดับ (ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2568) สาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราโรคอ้วนในพื้นที่ยังพุ่งสูงขึ้นเกิดจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการอ้วนร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพที่มีจำกัด เช่น การเข้าถึงอาหารพลังงานสูงที่มีราคาถูก พฤติกรรมเนือยนิ่ง ขาดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ค่านิยมทางสังคมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

อาหารตามกระแสนิยม เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน พบว่า ความรู้ความเข้าใจเป็นรากฐานสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ การขาดความรู้เชิงเนื้อหาที่ถูกต้องย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Sorensen et al., 2012) ในขณะเดียวกัน นักเรียนในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางร่างกาย การเจริญเติบโตที่รวดเร็ว จึงต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริม ควบคุม และป้องกัน แก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการรวมทั้งพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ในการส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้สูงดี สมส่วนไม่อ้วน ทั้งยังเป็นต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนสุขภาพ เพื่อสุขภาพที่ดีของเด็กนักเรียน พร้อมทั้งจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต โรงเรียนดงเจนวิทยาคม ในฐานะสถานศึกษาขนาดใหญ่ในพื้นที่อำเภอภูพานยาว จึงเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญในการเป็นพื้นที่ต้นแบบเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสุขภาพ ดังนั้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงเจนวิทยาคม อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา และนำผลการศึกษาที่เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนให้มีความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนให้ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเกี่ยวกับโรคอ้วน
- 2) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในสมการสูตรของ (Robert V. Krejcie and Eayrlyle W. Morgan, 1970) ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% อ้างอิง (ธีรวิทย์ เอกะกุล, 2543) จำนวนประชากรมีขนาดเท่ากับ 354 คน เมื่อคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้ 185 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นตามระดับการศึกษา จำนวน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 66 คน ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 64 คน และระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 55 คน แต่ละระดับชั้นจะใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แต่ละระดับชั้นโดยกำหนดเลขประจำตัว รวบรวมรายชื่อนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด ลงในกล่องจากนั้นใช้วิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืนออกมาตามสัดส่วนขนาดตัวอย่างของแต่ละระดับชั้น รวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 185 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล 1) เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียน ดงเจนวิทยาคม อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา 2) สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย 3) ยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมการให้ข้อมูล และเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) 1) นักเรียนย้ายโรงเรียนหรือป่วย ในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล 2) นักเรียนที่ขอถอนตัวออกจากการศึกษาการวิจัยระหว่างเก็บข้อมูล 3) นักเรียนที่ย้ายเข้ามาในระหว่างปีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนสำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 9-14 ปี (นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายกับมัธยมศึกษาตอนต้น) ตามแนวคิดของ Nutbeam, D., (2008) จากคู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยได้รับหนังสือ ที่ สธ 0708.2/199 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2569 เรื่อง อนุญาตใช้เครื่องมือ จากกลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษา กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 8 ส่วนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ประกอบไปด้วย คำถามเกี่ยวกับ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน เพศ อายุ ศาสนา น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว รูปร่างหรือน้ำหนักตัว การพักอาศัย สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ระดับการศึกษาของสูงสุดของผู้ปกครองหลัก อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว ความสำคัญของผู้ปกครอง สุขภาพร่างกายและจิตใจ ประวัติการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว และประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน ทั้งหมดรวม 17 ข้อ โดยใช้คำถามปลายปิด

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน เป็นแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน จำนวน 10 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน รวม 10 คะแนน โดยเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว กำหนดให้ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผล ระดับถูกต้องที่สุด (ช่วงคะแนน 8 คะแนนขึ้นไป) ระดับถูกต้องบ้าง (ช่วงคะแนน 6-7 คะแนน) และระดับไม่ถูกต้อง (ช่วงคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน เป็นแบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ จำนวน 5 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 20-25 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (ช่วงคะแนน 15-19.99 คะแนน) และระดับไม่ดีพอ (ช่วงคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน)

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน เป็นแบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ จำนวน 6 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 24-30 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (ช่วงคะแนน 18-23.99 คะแนน) และระดับไม่ดีพอ (ช่วงคะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน)

ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน เป็นแบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ จำนวน 5 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 20-25 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (ช่วงคะแนน 15-19.99 คะแนน) และระดับไม่ดีพอ (ช่วงคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน)

ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน เป็นแบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ จำนวน 5 ข้อ

การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 20-25 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (ช่วงคะแนน 15-19.99 คะแนน) และระดับไม่ดีพอ (ช่วงคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน)

ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน เป็นแบบทดสอบการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน โดยเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่จะตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามสถานการณ์แต่ละข้อ ซึ่งกำหนดให้แต่ละตัวเลือกมีคะแนนตั้งแต่ระดับ 5 4 3 2 คะแนน ตามลำดับจำนวน 5 ข้อๆ ละ 5 คะแนน การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (ช่วงคะแนน 12-15.99 คะแนน) และระดับไม่ดีพอ (ช่วงคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)

ตอนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน โดยมีลักษณะของคำถามเป็นด้านบวก 5, 4, 3, 2, และ 1 และด้านลบ 1, 2, 3, 4, และ 5 แบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 6-7 วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 80 -100 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (ช่วงคะแนน 60- 79.99 คะแนน) และระดับไม่ดีพอ (ช่วงคะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามดังกล่าวผ่านการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังนี้ ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) = 0.76 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.74, 0.79, 0.79, 0.82, 0.52, และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) จัดทำหนังสือราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาถึงผู้อำนวยการโรงเรียนดงเจนวิทยาคม อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วจึงประสานงานกับครูอนามัยโรงเรียน นิตวันเวลาในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2) ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลผ่านทางช่องทางออนไลน์ โดยใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 10 - 15 นาที ก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างกดยินยอมในระบบออนไลน์ก่อนเข้าสู่เนื้อหาแบบสอบถามและกำหนดให้ตอบแบบสอบถามได้เพียงครั้งเดียว เพื่อป้องกันการตอบซ้ำ แบบสอบถามได้อ้างอิงตามฉบับเอกสารอย่างครบถ้วน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมแบบสอบถามฉบับเอกสารไว้ด้วยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโทรศัพท์มือถือทำแบบสอบถาม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2569 ตามวัน เวลา ที่ประสานงานกับทางโรงเรียน จนได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด

3) ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล ระบุรหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) กำหนดนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ (Non-normal distribution)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเอกสารรับรองโครงการเลขที่ COA No. 010/2569 เอกสารรับรองเลขที่ REC No. 019/2569 เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 วิธีทบทวนเร่งรัด (Expedited review) วันสิ้นสุดการรับรอง 9 กุมภาพันธ์ 2570

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียนเพศหญิง ร้อยละ 48.20 เพศชาย ร้อยละ 43.20 และเพศทางเลือก (LGBTQIA+) ร้อยละ 8.60 อยู่ในช่วงอายุ 14-15 ปี มากที่สุด ร้อยละ 63.24 มีผลการเรียนระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 48.10 นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด ร้อยละ 99.00 ด้านสภาวะร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 41-50 กิโลกรัม ร้อยละ 29.70 ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 44.30 และยังพบว่านักเรียนที่มีรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 81 เซนติเมตร มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 36.80 เมื่อจำแนกตามรูปร่างด้วยการประเมินตนเอง พบว่ามีนักเรียนที่มีรูปร่างท้วม ร้อยละ 28.60 อ้วน ร้อยละ 17.30 และ อ้วนมาก ร้อยละ 3.80 รวมกันเป็นร้อยละ 49.70 ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ด้านครอบครัว นักเรียนส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 72.40 สถานภาพสมรสของพ่อแม่ส่วนใหญ่แต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 48.60 อย่างไรก็ตาม พบว่ามีนักเรียนที่พ่อแม่หย่าร้าง/แยกกันอยู่ถึงร้อยละ 34.10 ผู้ปกครองหลักส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.50 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 37.90

ฐานะครอบครัวส่วนใหญ่พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บพอสมควร ร้อยละ 70.80 นักเรียน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.40 และร้อยละ 55.70 ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน อย่างไรก็ตาม มีนักเรียนที่มีแม่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 17.30 และพ่อมีภาวะอ้วน ร้อยละ 16.80

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับเพียงพอ ($\bar{X} = 89.17$, S.D. = 13.99) จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 64.90 มีระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 23.20 และระดับเพียงพอมาก ร้อยละ 11.90 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า (1) ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 4.98$, S.D. = 1.78) และอยู่ในระดับ "ไม่ถูกต้อง" โดยมีนักเรียนที่ตอบถูกน้อยกว่า 6 คะแนน ถึงร้อยละ 57.82 (2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 17.39$, S.D. = 3.58) อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 55.10 (3) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($\bar{X} = 18.61$, S.D. = 4.43) อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 48.10 (4) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ($\bar{X} = 17.29$, S.D. = 3.87) อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 51.90 (5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X} = 17.42$, S.D. = 4.26) อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 47.00 (6) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 13.48$, S.D. = 2.93) อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 49.70 สะท้อนว่านักเรียนยังขาดความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคอ้วน แม้ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ได้ รายละเอียดดังตารางที่ 1 - 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของระดับ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน แยกเป็นองค์ประกอบและโดยรวม (n = 185)

องค์ประกอบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน (จำนวน 10 ข้อ)			4.98	1.78	ไม่ถูกต้อง
- ไม่ถูกต้อง (น้อยกว่า 6 คะแนน)	107	57.80			
- ถูกต้องบางส่วน (6-7 คะแนน)	69	37.30			
- ถูกต้องที่สุด (8 คะแนนขึ้นไป)	9	4.90			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน (จำนวน 5 ข้อ)			17.39	3.58	พอใช้ได้
- ไม่ดีพอ (น้อยกว่า 15 คะแนน)	25	13.50			
- พอใช้ได้ (15-19.99 คะแนน)	102	55.10			
- ดีมาก (20-25 คะแนน)	58	31.40			
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกัน โรคอ้วน (จำนวน 6 ข้อ)			18.61	4.43	พอใช้ได้
- ไม่ดีพอ (น้อยกว่า 18 คะแนน)	63	34.10			
- พอใช้ได้ (18-23.99 คะแนน)	89	48.10			
- ดีมาก (24-30 คะแนน)	33	17.80			
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน โรคอ้วน (จำนวน 5 ข้อ)			17.29	3.87	พอใช้ได้
- ไม่ดีพอ (น้อยกว่า 15 คะแนน)	31	16.70			
- พอใช้ได้ (15-19.99 คะแนน)	96	51.90			
- ดีมาก (20-25 คะแนน)	58	31.40			
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อป้องกันโรคอ้วน (จำนวน 5 ข้อ)			17.42	4.26	พอใช้ได้
- ไม่ดีพอ (น้อยกว่า 15 คะแนน)	33	17.80			
- พอใช้ได้ (15-19.99 คะแนน)	87	47.00			
- ดีมาก (20-25 คะแนน)	65	35.20			
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันโรคอ้วน (จำนวน 5 ข้อ)			13.48	2.93	พอใช้ได้
- ไม่ดีพอ (น้อยกว่า 12 คะแนน)	48	25.90			
- พอใช้ได้ (12-15.99 คะแนน)	92	49.70			
- ดีมาก (16-20 คะแนน)	45	24.40			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (Max = 124, Min = 40)			89.17	13.99	เพียงพอ
- ไม่เพียงพอ (น้อยกว่า 81 คะแนน)	43	23.20			
- เพียงพอ (81-107.99 คะแนน)	120	64.90			
- เพียงพอมาก (108-135 คะแนน)	22	11.90			

3. ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วน

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้ (คะแนนเฉลี่ย 61.83, S.D. = 6.13) ร้อยละ 63.20 ระดับ

ไม่ดีพอ ร้อยละ 35.70 และระดับ ดีมาก ร้อยละ 1.10 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่านักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน (n = 185)

พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน			61.83	6.13	ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ
- ไม่ดีพอ (น้อยกว่า 60 คะแนน)	66	35.70			
- พอใช้ได้ (60-79.99 คะแนน)	117	63.20			
- ดีมาก (80-100 คะแนน)	2	1.10			

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ด้วยสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (n = 185)

หัวข้อ	ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน	คะแนนเต็ม	Median	p	p-value
1	ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	10	5.0	0.233	0.001**
2	การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	25	17.0	-0.022	0.764ns
3	การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ	30	18.0	-0.116	0.116ns
4	การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	25	17.0	0.216	0.003**
5	การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	25	18.0	0.134	0.069ns
6	การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	20	13.0	0.098	0.185ns

หมายเหตุ: ** p < 0.01, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ | การแปลขนาด: 0.10-0.29 = ต่ำ, 0.30-0.49 = ปานกลาง, ≥ 0.50 = สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า มีเพียง 2 หัวข้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ เพื่อป้องกัน โรคอ้วน ($p = 0.233$, $p = 0.001$) และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วน ($p = 0.216$, $p = 0.003$) ทั้งสองเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กล่าวคือ นักเรียนที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอ้วนและมีทักษะการจัดการ

เงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองมากกว่า มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนที่ดีกว่า

ส่วนหัวข้อการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน ($p = -0.022$), การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคอ้วน ($p = -0.116$), การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคอ้วน ($p = 0.134$) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคอ้วน ($p = 0.098$) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สะท้อนว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญ

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงเจนวิทยาคม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับ "เพียงพอ" ซึ่งหมายถึงอาจมีการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคอ้วนได้ถูกต้องบ้างแต่ยังไม่สม่ำเสมอ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Chamaiporn Thongphet and Monthakarn Chuemchit (2025) ที่ศึกษาในนักเรียนมัธยมปลาย จังหวัดพัทลุง พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.4 และในทิศทางเดียวกับ อรพินท์ สีขาว และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2567) ที่ศึกษานักเรียนวัย 10-18 ปีในจังหวัดปทุมธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีสิ่งแวดล้อมทางการเรียนรู้ที่เอื้ออำนวยในพื้นที่เมืองอาจส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่า อย่างไรก็ตามความแตกต่างบริบทของพื้นที่ทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมอาจส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน

เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบแล้ว พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ร้อยละ 57.82 มีระดับ "ไม่ถูกต้อง" (ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 60) ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างทางความรู้เชิงเนื้อหาสุขศึกษาในโรงเรียนอาจยังไม่เน้นโรคอ้วนอย่างเป็นระบบ นักเรียนเข้าถึงข้อมูลได้แต่ยังขาดการกลั่นกรองหรือความเข้าใจเชิงลึก หรือสื่อออนไลน์มีข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับ วลัยพร กาฬภักดี และคณะ (2565) ที่ศึกษาในนักเรียน

ประถมศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าแม้ความรู้ความเข้าใจจะอยู่ในระดับสูง แต่ทักษะด้านการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อกลับอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ Sorensen et al. (2012) ได้อธิบายไว้ว่าความรู้ความเข้าใจเป็นรากฐานสำคัญของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ การขาดความรู้เชิงเนื้อหาที่ถูกต้องย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในที่สุด

สำหรับด้านการรู้เท่าทันสื่อ แม้จะอยู่ในระดับพอใช้ได้ แต่ยังมีนักเรียนถึงร้อยละ 17.80 ที่อยู่ในระดับไม่ดีพอ ซึ่งในยุคที่สังคมออนไลน์มีอิทธิพลสูงต่อการบริโภคข้อมูลของวัยรุ่น การที่นักเรียนขาดทักษะการวิเคราะห์ประเมินความน่าเชื่อถือของสื่ออาจนำไปสู่การรับข้อมูลผิด ๆ เกี่ยวกับอาหาร การลดน้ำหนัก หรือพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Chamaiporn Thongphet and Monthakarn Chuemchit (2025) ที่พบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพในนักเรียนไทย กล่าวโดยสรุป ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับ "พอใช้" โดยภาพรวมสะท้อนให้เห็นว่านักเรียนมีความสามารถพื้นฐานในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ แต่ยังขาดทักษะขั้นสูงในการวิเคราะห์ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตจริงอย่างถาวร ซึ่งเป็นระดับความรู้ที่ Nutbeam, D (2008) เรียกว่า Functional health literacy ที่ยังไม่บรรลุสู่ระดับ Communicative หรือ Critical health literacy ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างแท้จริงและยั่งยืน

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ผลการวิจัย

พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 63.20 มีเพียงร้อยละ 1.10 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมาก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของบัณฑิตา พัฒน์ และนิยมจันทร์นวล (2566) ที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานีมีพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนในระดับ

ดีเพียงร้อยละ 51.2 และยังมีนักเรียนที่มีภาวะอ้วนถึงร้อยละ 12.28 ถึงแม้ว่านักเรียนจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับเพียงพอ แต่พฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนกลับอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น โดยมีนักเรียนที่มีพฤติกรรม ไม่ดีพอ ถึงร้อยละ 35.70 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่าง "ความรู้" กับ "การปฏิบัติ" (Knowledge-practice Gap) กล่าวคือ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับหนึ่งไม่ได้ รับประกันว่าจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่าง สมบูรณ์ ฉะนั้นจะต้องนำไปสู่การลงมือปฏิบัติอย่าง จริงจัง จากข้อมูลฐานครอบครัวส่วนใหญ่ "พอเพียงแต่ เหลือเก็บพอสมควร" และผู้ปกครองส่วนใหญ่ ประกอบ อาชีพ "รับจ้างทั่วไป" แสดงให้เห็นว่า แม้เด็กจะรู้ว่า ต้องกินอาหารที่มีประโยชน์ แต่ในทางปฏิบัติ "ทางเลือก ของอาหาร" อาจถูกจำกัดด้วยกำลังซื้อหรือความสะดวก ของผู้ปกครองที่ทำงานหนักจนไม่มีเวลาเตรียมอาหาร สุขภาพให้

สภาพแวดล้อมในเขตอำเภอภูพานยาว จังหวัด พะเยา ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่มีอัตราการเริ่ม อ้วนและอ้วนในเด็กอายุ 6-14 ปี สูงถึงร้อยละ 19.98 ใน ปี พ.ศ. 2568 (ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2568) อาจ เป็นปัจจัยแวดล้อมที่ทำให้นักเรียนเผชิญกับสิ่งแวดล้อม อาหารที่ไม่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การเข้าถึง อาหารพลังงานสูงราคาถูก และการขาดพื้นที่ออกกำลังกาย ที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การ อนามัยโลก (World Health Organization ที่ระบุว่า สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน (Obesogenic environment) เป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางพฤติกรรม สุขภาพที่ดีของเด็กและเยาวชน นอกจากนี้ การที่ นักเรียนมีรอบเอวมากกว่า 81 เซนติเมตรถึงร้อยละ 36.80 และมีรูปร่างท้วม-อ้วนรวมกันเกือบร้อยละ 50 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนที่ยังไม่ดีพอ

ส่งผลสะท้อนต่อภาวะร่างกายจริง ซึ่งสอดคล้องกับงานของ กันต์กนิษฐ์ ทวีทรัพย์ และคณะ (2566) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ การเกิดโรคอ้วนในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และย้ำ ว่าการสร้างความตระหนักรู้พร้อมการสนับสนุนทาง สังคมจากผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน สุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วน แม้มี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ แต่ขนาดความสัมพันธ์ยัง ต่ำ แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อพฤติกรรม เช่น ครอบครัว เพื่อน สิ่งแวดล้อมอาหารในโรงเรียน กิจกรรม ทางกาย เวลาใช้หน้าจอ และเศรษฐกิจ สอดคล้องกับ การศึกษาของ นุชจริย ทรัพย์สอน (2565) ที่พบว่าความ รู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนัก เกิน ($r = 0.488, p = 0.007$) แต่ยังต้องการองค์ประกอบ อื่นร่วมด้วย ทั้งนี้ Lu Liu et al. (2025) ก็ยืนยันในบริบท ประเทศจีนว่าความรู้ด้านโภชนาการที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับ ความหลากหลายทางโภชนาการที่ดีขึ้น แต่ยังคงต้องมื การสนับสนุนเชิงระบบควบคู่กัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการเงื่อนไขทาง สุขภาพของตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน สะท้อนให้เห็นว่าทักษะการควบคุมตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนปฏิบัติตามสุขภาพเป็น กลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้อง กับทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation Theory) ของ Bandura, A. (1997) ที่ระบุว่า การรับรู้ความสามารถ ในตนเอง (Self-efficacy) และทักษะการจัดการตนเอง เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในวัยรุ่น

ด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การรู้เท่าทัน สื่อ และการตัดสินใจไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน อธิบายได้ว่าทักษะ เหล่านี้ในระดับ "พอใช้" ยังไม่เข้มข้นพอที่จะส่งผลต่อ พฤติกรรมในทางปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ Nutbeam, D

(2008) ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับ Communicative และ Critical ต้องใช้เวลาพัฒนาและต้องการสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย รวมทั้งสอดคล้องกับ อรพินท์ สีขาว และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2567) ที่พบว่าโดยภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่เมื่อจำแนกกลุ่มย่อยพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำในบางกลุ่ม

ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ติดลบ ($p = -0.116$) แม้ไม่มีนัยสำคัญ แต่อาจสะท้อนให้เห็นว่านักเรียนที่มีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพสูงบางส่วน อาจมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่พูดหรือแนะนำผู้อื่น เด็กวัยรุ่นมักให้ความสำคัญกับ "ภาพลักษณ์ทางสังคม" มากกว่า "สุขภาพ" เช่น การไปคาเฟ่กินน้ำหวานตามเทรนด์ แม้จะรู้ว่าไม่ดีต่อสุขภาพก็ตาม ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่อาจเกิดจากการที่นักเรียนสามารถถ่ายทอดความรู้ได้แต่ยังขาดแรงจูงใจหรือโอกาสในการปฏิบัติตนเอง

ผลการวิจัยโดยรวมสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กัน แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นเพียงบางองค์ประกอบและในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ต้องอาศัยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์รวมควบคู่กับปัจจัยอื่น เช่น สิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจภายในสรุปผล

ข้อค้นพบสำคัญของการศึกษานี้คือ นักเรียนอาจมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและการจัดการตนเอง ในระดับเพียงพอ แต่หากขาดความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคอ้วน พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่ระดับดีมากได้ ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้

ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียนควรเน้นทั้งความรู้เชิงเนื้อหา และทักษะการจัดการตนเองควบคู่กัน

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ยืนยันว่า มีเพียง "ด้านความรู้ความเข้าใจ" และ "ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง" เท่านั้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งให้เห็นว่าลำพังการเข้าถึงข้อมูลหรือการสื่อสารสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ต้องมุ่งเน้นการบ่มเพาะทักษะการกำกับตนเอง ควบคู่กับการแก้ไข "สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน" ทั้งในระดับครอบครัวและโรงเรียน เพื่อขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนให้เกิดความยั่งยืนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) โรงเรียนควรจัดกิจกรรมเสริมความรู้เรื่องโรคอ้วน โภชนาการ ฉลากอาหาร เครื่องดื่มหวาน และการคำนวณพลังงานอย่างง่าย
- 2) ครูสุขศึกษาและครูประจำชั้นควรติดตามพฤติกรรมการกินและกิจกรรมทางกายของนักเรียนเป็นระยะ
- 3) โรงเรียนควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ลดการจำหน่ายน้ำหวาน/ขนมพลังงานสูง เพิ่มทางเลือกอาหารสุขภาพ และเพิ่มกิจกรรมเคลื่อนไหวระหว่างวัน
- 4) ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการกำกับอาหารที่บ้านและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
- 5) ควรนำผลการวิจัยไปออกแบบ "หลักสูตรท้องถิ่น" ที่เน้นการฝึกทักษะ (Skill-based) มากกว่าการท่องจำเนื้อหา เพื่อปิดช่องว่างด้านความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental

study) เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนใน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้ผลจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นฐานข้อมูลสำหรับออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรม

2) ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อสำรวจปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยเอื้อ

ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของ นักเรียน เพื่อให้เข้าใจบริบทเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

3) ควรศึกษาบทบาทของสื่อสังคมออนไลน์ต่อ ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ นักเรียน โดยเฉพาะในยุคที่วัยรุ่นใช้เวลาไปกับแพลตฟอร์ม ดิจิทัลเป็นอย่างมาก

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. สืบค้น 6 มกราคม 2569 สืบค้นจาก

<https://hed.hss.moph.go.th/guideline/>

กันตกนิษฐ์ ทวีทรัพย์ และคณะ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตอนต้นในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองอ่างศิลา จังหวัดชลบุรี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัด อุบลราชธานี*, 21(2) : 97 - 108.

ธีรวิทย์ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

นุชจริย ทรัพย์สอน. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินของเด็กรายเรียน

อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง*, 37(3) : 30 - 40.

บัณฑิตา พัฒน์ และนิยม จันทน์นวล. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(2) : 459 - 469.

ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2568).

ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน. สืบค้นจาก

<https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/overweightstudent?year=2025>

วลัยพร กาฬภักดี และคณะ. (2565). ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถมศึกษา

โรงเรียนในสังกัดเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 18(1) : 80 - 91.

อรพินท์ สีขาว และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2567). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนวัย 10-18 ปี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 34(2) : 72 - 85.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. Page 22. New York: W.H. Freeman.

Chamaiporn Thongphet and Monthakarn Chuemchit (2025). Health Literacy to Prevent Obesity in High School Students, Phatthalung Province, Thailand. *International Journal of Nursing Education*, 17(4), 1-13.

Lu Liu et al. (2025). Nutritional literacy and health behaviors in primary school students in China:

A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25(2275), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23420-w>

- NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet* 2024. 16;403(10431):1027-1050.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Robert V. Krejcie and Eayrle W. Morgan. *Educational and Psychological Measurement*. (Washington, DC: The Mid Atlantic Equity Center, 1970).
- Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80-93. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- UNICEF. (September 2025). Feeding Profit: How food environments are failing children - 2025 Child Nutrition Report. <https://data.unicef.org/resources/feeding-profit-2025-child-nutrition-report/>
- World Obesity (March 2025). Majority of countries 'unprepared' for rising obesity level, experts warn. <https://www.worldobesity.org/news/world-obesity-atlas-2025-majority-of-countries-unprepared-for-rising-obesity-level>



ช่องทางการเผยแพร่

“แม้เราเป็นชาวบ้าน
เราก็สามารถดูแลสุขภาพ
ของพวกเรากันเองได้”



พลี/อสม
มาจากประชาชน
ดำเนินการโดยประชาชน
เพื่อประชาชน

การสาธารณสุขมูลฐาน

เป็นรากฐานระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

0 5622 2375

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

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