

# Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ISSN 2774 - 0250 : PRINT

ISSN 2774 - 017X : ONLINE



Vol.39 No.2 (May - August 2024)

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2567)





วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ บทความทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่านขึ้นไป วารสารนี้ผ่านการประเมินคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index : TCI) โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

## คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์  
ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ  
นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์  
นายคงจักร์ บุญทัน

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ  
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

## บรรณาธิการ

นายฐณะวัฒน์ ภูมิเจริญวัฒน์

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน  
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

## ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายกฤษณชัย กิมชัย  
นายภูรินทร์ สีกุด

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

## กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์  
รองศาสตราจารย์ ดร. พรรณี บัญชรหัตถถกิจ  
รองศาสตราจารย์ ดร. ธนิตา ผาติเสนะ  
รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง  
รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติสร วงศ์คงเดช  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย เอกสันติ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัดชาสุวรรณ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภัสรา ศิริกาญจน์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปวีณา ลิ้มปิทีปการ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาใสโสภณ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปธานิน แสงอรุณ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรัชณีย์ พัดงาม  
ดร. นายแพทย์ชาติรี เจริญชีวะกุล  
ดร. ทันตแพทย์หญิงศรีบุญทิพย์ ชาลีเครือ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 นครราชสีมา  
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

## กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร. ดุษฎี สุทธิ	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร. เฉลิมพร นามโยธา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. ชุภาศิริ อภินันท์เดชา	วิทยาลัยนครราชสีมา
ดร. ชาลินี มานะยิ่ง	วิทยาลัยนครราชสีมา
ดร. พรทิพย์ แก้วชิ่ม	วิทยาลัยนครราชสีมา
ดร. สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

## ฝ่ายจัดการวารสาร

นางวริษฐา ทรัพย์ธรรณี	นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ
นางสาวสิริยาภรณ์ บุญลาด	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ
นางสาวจุฑารัตน์ ปาปะสา	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ
นางพรพนม ปราชัยภูมิ	เจ้าพนักงานพัสดุ ระดับชำนาญงาน
นางสาวอภิญา วงษ์คนานุรักษ์	เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี
นายวีรยุทธ กิจสกุล	เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านวิเคราะห์นโยบายและแผนงาน
นางสาวทักษพร ทองอร่าม	เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านธุรการ

## รูปเล่มและงานศิลป์

นายธีรวัฒน์ หมั่นแก้วคราม	เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
---------------------------	--

## เจ้าของวารสาร

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น  
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข  
เลขที่ 89 หมู่ที่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000  
โทร 043 224605 โทรสาร 043 221679



**Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)** Objectives are to publish articles on Health Sciences. Medicine and public health and related content. Scheduled to publish 2 issues per year. Every article has been checked for accuracy according to academic principles, by at least 3 Issues evaluators. Dieses Journal has passed the quality evaluation from the Thai-Journal Citation Index: TCI, Tier 2.

## Advisory Board

Sura Visetsuke, M.D.

Arkorn Praditsuwan, Dentist

Samart Thirasak, M.D.

Kongchuk Boontun

Director General, Department of Health Service Support

Deputy Director-General, Department of Health Service Support

Deputy Director-General, Department of Health Service Support

Director, Northeastern Regional Center

for Health Service Support

## Editor-in-Chief

Thanawat Phumcharoenwat

Deputy Director, Northeastern Regional Center

for Primary Health Care Development

## Assistant Editors

Krissanachai Kimchai

Northeastern Regional Center

for Primary Health Care Development

Poonarin Seekud

Northeastern Regional Center

for Primary Health Care Development

## Editorial Board Members

Prof. Wongsu Laohasiriwong, Ph.D.

Khon Kaen University

Assoc. Prof. Pannee Banchonhattakit, Dr.PH.

Valaya Alongkorn Rajabhat University

under the Royal Patronage

Assoc. Prof. Tanida Phatisena, Ph.D.

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Assoc. Prof. Atthawit Singalasang, Ph.D.

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Assoc. Prof. Sumattana Glangkarn, Ph.D.

Maharakham University

Asst. Prof. Adisorn Wongkongdet, Ph.D.

Maharakham University

Asst. Prof. Thawatchai Aeksanti, Ph.D.

Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Asst. Prof. Natnapa Heebkaew Padchasuwan, Ph.D. Khon Kaen University

Asst. Prof. Prapassara Sirikarn, Ph.D.

Khon Kaen University

Asst. Prof. Pawena Limpiteeprakan, Ph.D.

Ubon Ratchathani University

Asst. Prof. Thanakorn Panyasaisophon, Ph.D.

Phranakhon Rajabhat University

## Editorial Board Members [Continued]

Asst. Prof. Pathanin Sangaroon, Ph.D.  
Asst. Prof. Suratchanee Phadngam, PhD  
Chatri Charoenjiwakul, M.D., Ph.D.  
Sarintip Charleekrua, Dentist, Ph.D.  
Dutsadee Suttho, Ph.D.  
Chaloemporn Namyota, Ph.D.  
Chupasiri Apinundech, Ph.D.  
Chalinee Manaying, Ph.D.  
Porntip Kaewchin, Ph.D.  
Sutin Chanabun, Ph.D.

Sukhothai Thammathirat Open University  
Chiang Mai University  
Public Health Service Center 6 Nakhon Ratchasima  
Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen  
Thammasat University  
Mahasarakham University  
Nakhon Ratchasima College  
Nakhon Ratchasima College  
Nakhon Ratchasima College  
Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

## Journal Management Department

Varisthar Subtoranee  
Siriyaorn Bunlad  
Jutarat Papasa  
Pornpanom Prachaiyapum  
Apinya Wongkananuruk  
Weerayut Kitsakul  
Teerawat Muenkaewkhrem  
Tuksaporn Tongaram

General Administration Officer, Professional Level  
Public Health Technical Officer, Practitioner Level  
Public Health Technical Officer, Practitioner Level  
Supply Officer, Experienced Level  
Finance and Accounting Officer  
Plan and Policy Analyst  
Artwork  
General Service Operation

## Copyright

Northeastern Regional Center for Primary Health Care Development,  
Northeastern Regional Center for Health Service Support,  
Department of Health Service Support  
89 Moo 4 Anamai Road, Nai Mueang Sub-district, Mueang District, Khon Kaen Province 40000  
Tel 043 224605 Fax 043 221679

# บทบรรณาธิการ

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาค สังกัด กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมุ่งเน้นการพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการแพทย์ปฐมภูมิ โดยสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในฐานะหมอคนที่ 1 ให้เป็นสมาร์ท อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในชุมชนและหมู่บ้านทั่วประเทศ โดย อสม. หมอคนที่ 1 เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการติดตามหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดให้เข้าถึง (รับและกิน) ยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนกระทั่งหลังคลอด 6 เดือน ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นเครื่องมือหลักในการทำงานของ อสม. รวมถึงการขับเคลื่อนชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการควบคุม และป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565-2570

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ฉบับนี้เป็นปีที่ 39 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 เปิดรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 8 เรื่อง โดยมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ

คณะกรรมการบรรณาธิการวารสารฯ ได้รับบทความที่มีคุณค่าจากนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษา ซึ่งล้วนแต่มีความน่าสนใจและมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงตามหลักวิชาการ หรือนำไปประยุกต์ วางแผนในการดำเนินงานได้ คณะกรรมการบรรณาธิการวารสารฯ ขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ซึ่งเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีผู้เชี่ยวชาญทรงคุณวุฒิ (Peer review journal) พิจารณา กลั่นกรอง ตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้รับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 พ.ศ. 2565-2567 โดยท่านสามารถส่งต้นฉบับตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่อยู่ท้ายเล่มนี้ หรือได้ที่เว็บไซต์ <https://thaidj.org/index.php/pjne> เพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้สู่ชุมชน อันเป็นประโยชน์ให้กับผู้อ่านและผู้ที่เกี่ยวข้องสืบไป

นายฐณะวัฒน์ ภูมิเจริญวัฒน์  
บรรณาธิการ





# สารบัญ

หน้า

## บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา  
สงกรานต์ สมนาม, ธนกร ปัญญาไสโสภณ, พิศพลลลัมภ์ อารังศรีวรกุล..... 1-12
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของประชาชนที่เคยติดโรคโควิด-19 อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา  
สารโรจน์ เพชรมณี, ประภาส ปิ่นกระโทก, ธนกร ปัญญาไสโสภณ..... 13-24
- การพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเข้าถึงบริการร้านยา Common illness เทศบาลนครนครสวรรค์  
ปิยฤดี ฉายแสงมงคล..... 25-37
- การศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ในโรงพยาบาลระนอง  
กรกนก นราวีรวิฑู..... 38-47
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดของนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง  
วรัญญา เกตุแก้ว, เอื้อทิพย์ คงกระพันธ์ ..... 48-56
- ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ “คู่มือสวนพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันยาเสพติด โรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น  
นำชัย ปัดชาสุวรรณ..... 57-70
- การพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย บริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่  
ลลิตา เทวินทรภักดี..... 71-82
- การประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น  
อนุรักษ์ สะตะ, สาลินี ไวยนนท์ ..... 83-97

# Table of contents

Page

## Research Article

- EFFECTS OF QUALITY OF LIFE IMPROVEMENT PROGRAM AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS, PHU SANG SUB-DISTRICT, PHU SANG DISTRICT, PHAYAO PROVINCE  
*Songkran Somnam, Thanakorn Panyasaisophon, Phitsaran Thamrongworakun* ..... 1-12
- THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTH PROMOTING DISEASE PREVENTING BEHAVIORS, AMONG PEOPLE WHO HAVE PREVIOUSLY BEEN INFECTED WITH COVID-19, IN THEPHARAK DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE  
*Sarodh Pechmanee, Prapas Puenkratoke, Thanakorn Panyasaisophon* ..... 13-24
- DEVELOPING THE HEALTH LITERACY OF PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS TO ACCESS SERVICES AT COMMON ILLNESS PHARMACY, NAKHON SAWAN MUNICIPALITY  
*Piyaridee Chaisangmongkol* ..... 25-37
- THE STUDY OF CHEST RADIOGRAPH OF POST COVID-19 PNEUMONIA AT RANONG HOSPITAL  
*Kornkanok Naraweerawut* ..... 38-47
- THE RELATIONSHIP BETWEEN THE BIG FIVE PERSONALITY FACTORS AND STRESS IN MASTER'S STUDENTS IN PSYCHOLOGY AT RAMKHAMHAENG UNIVERSITY  
*Waranya Ketkaew, Ueathip Kongkraphan* ..... 48-56
- EFFECTS OF THE HEALTH LITERACY PROGRAM, COMBINED WITH "KHU SIAW SAN PHALUNG" TO PREVENT DRUG AVOIDANCE BEHAVIORS AT NON-PHO SRI WITTHAYAKHOM SCHOOL IN SAM SUNG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE  
*Namchai Padchasuwan* ..... 57-70
- DEVELOPMENT OF A MODEL FOR PREVENTION AND SURVEILLANCE OF PREMATURE BIRTH BY PARTICIPATION OF THE DISTRICT HEALTH SERVICE NETWORK NUEA KHLONG DISTRICT KRABI PROVINCE  
*Lalita Thewintharapakti* ..... 71-82

## Research Article

- EVALUATION OF BEHAVIORAL IMPROVEMENT FOR PREVENTING LIVER FLUKES AND CHOLANGIOCARCINOMA IN SI CHOMPHU SUBDISTRICT, SI CHOMPHU DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE  
*Anurak Sata, Salinee Vaiyanon* ..... 83-97



## EFFECTS OF QUALITY OF LIFE IMPROVEMENT PROGRAM AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS, PHU SANG SUB-DISTRICT, PHU SANG DISTRICT, PHAYAO PROVINCE

Songkran Somnam<sup>1</sup>, Thanakorn Panyasaisophon<sup>2</sup>, Phitsaran Thamrongworakun<sup>3,\*</sup>

Received: June 17, 2023

<sup>1</sup> Phu Sang Health Promoting Hospital, Phayao 56110, Thailand

Received: August 15, 2024

<sup>2</sup> Faculty of Science and Technology Phranakorn Rajabhat University, Bangkok 10220, Thailand

Accepted: August 20, 2024

<sup>3</sup> Faculty of Education, Ramkhamhaeng University, Bangkok 10240, Thailand

Corresponding author; E-mail: phitsaran4@gmail.com \*

Citation: Somnam S., Panyasaisophon T., Thamrongworakun P. (2024). Effects of Quality of Life Improvement Program among Village Health Volunteers, Phu Sang Sub-district, Phu Sang District, Phayao Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(2), 1-12.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

### ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to compare the quality of life of village health volunteers before and after participating in a quality of life development program and between the experimental and control groups. The study involved 199 village health volunteers, with 30 in the experimental group and 30 in the control group, selected through purposive sampling. Data were collected using a quality of life assessment questionnaire. The experimental tool was a quality of life development program, which included activities such as knowledge sharing, group counseling, relationship-building skills training, a local nutrition guide, yoga and Tai Chi exercises, social communication, social adaptation, and follow-up and reminders via the Line application. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The comparison of mean scores was conducted using the Dependent sample t-test and Independent sample t-test. The findings showed that: I. After the intervention, the experimental group had significantly higher average quality of life scores compared to before the intervention at the 0.05 significance level. II. The experimental group also had significantly higher quality of life scores compared to the control group at the 0.05 significance level. In summary, developing the quality of life for village health volunteers should focus on providing useful skills and experiences through a combination of guidance and activities such as relationship-building, social communication, social adaptation, and regular follow-up and reminders through the Line application.

**Keywords:** Development; Quality of life; Village health volunteers

## ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

รับบทความ: 17 มิถุนายน 2566

แก้ไขล่าสุด: 15 สิงหาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 20 สิงหาคม 2567

สงกรานต์ สมนาม<sup>1</sup>, ธนกร ปัญญาไสโสภณ<sup>2</sup>, พิศพลลัม อารังค์วรกุล<sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูซาง, พะเยา 56110, ประเทศไทย

<sup>2</sup> คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, กรุงเทพฯ 10220, ประเทศไทย

<sup>3</sup> คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ 10240, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: phitsaran4@gmail.com \*

อ้างอิง: สงกรานต์ สมนาม, ธนกร ปัญญาไสโสภณ, พิศพลลัม อารังค์วรกุล. (2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(2), 1-12.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 199 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ การปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกทักษะเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ ธงโภชนาการอาหารพื้นเมือง การบริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก การสื่อสารทางสังคม การปรับตัวทางสังคม การติดตามและกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Dependent sample t-test และ Independent sample t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังจากทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิต สูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรได้รับข้อมูลการสร้างเสริมทักษะประสบการณ์ที่มีประโยชน์ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการให้คำแนะนำและการผสมผสานกิจกรรมทั้งการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารทางสังคม การปรับตัวทางสังคม การติดตามและกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์

**คำสำคัญ:** การพัฒนา; คุณภาพชีวิต; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

## บทนำ

คุณภาพชีวิตที่ดีถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นที่บุคคลจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในทุก ๆ ด้าน อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดมาตรฐานเพื่อยกระดับให้ผู้คนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมพัฒนาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา (Provincial Community Development Office of Songkhla, 2019) จากการจัดอันดับดัชนีความก้าวหน้าทางสังคม ปี ค.ศ. 2020 เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชากรในแต่ละประเทศทำให้ทราบว่าประชาชนไทยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในอันดับที่ 79 จากทั้งหมด 163 ประเทศ (National Innovation Agency, 2020) และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี ค.ศ. 2021 พบกลุ่มคนที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และไม่ได้ออกกำลังกายตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ (Board of directors development on quality of life people, 2021) ในการศึกษาเบื้องต้น (Preliminary study) ด้วยการประเมินคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 274 คน ด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Mahatanirankun et al., 2002) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเฉลี่ยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับน้อยกว่าด้านอื่น ๆ (Sakchalathorn et al., 2020) จากข้อมูลข้างต้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นหนึ่งในสมาชิกทางสังคมและมีภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ควรได้รับการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ที่จะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการสอดส่องดูแล ให้ความรู้ และเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19 ในชุมชนอย่างใกล้ชิด (Narkvichien, 2020) จากการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแสดงให้เห็นถึงภารกิจในการเฝ้าระวังปัญหาทางด้านสุขภาพ ตลอดจนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง (Department of Health Service Support, 2020) การตระหนักถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการสร้างเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความสุขในการทำงานและการดำเนินชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ไม่อาจมองข้ามได้ จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างครบสมบูรณ์ อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังถือเป็นแบบอย่างในการดูแลรักษาสุขภาพในทุก ๆ ด้าน ให้สมาชิกในชุมชนมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ถูกต้อง สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างเหมาะสม ตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการปรับภูมิทัศน์ที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยและน่าอยู่ชวนมอง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้คนในชุมชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 หมวด 5 ข้อที่ 34 (The Ministry of Public Health Regulation on Village Health Volunteers, B.E. 2011, 2011) ระบุไว้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นได้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน ตลอดจนเป็นแบบอย่างในการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Komnanton & Bodeerat, 2021) ดังนั้นการสร้างเสริมและพัฒนา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ และเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็น จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าใจในหลักการ ขั้นตอน และสามารถจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับสมาชิกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Piomrat et al., 2020) ทั้งการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามช่วงวัย สนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนทำกิจกรรมสันทนาการเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมให้มีความแน่นแฟ้น (Kosanphiphat, 2018) ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา เพื่อช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น โดยผลจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่อยู่ในวิชาชีพนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและ

หลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Panyasaisophon, 2021)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูซาง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 199 คน (Community Health System, 2022) คำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีการวิจัยเชิงทดลองวิธีเทียบขนาดของการแจกแจงประชากรที่มีผลการทดลองขนาดใหญ่ (ES=0.8) มุ่งทดสอบสมมติฐานเพื่อหาข้อสรุปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Cohen, 1969) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้คะแนนจากการประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางลงมา มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี มีความยินดีเข้ารับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิต และสามารถติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ได้ เกณฑ์การคัดออกคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความต้องการขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยเนื่องจากเกิดการเจ็บป่วยกะทันหัน หรือมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถเข้ารับโปรแกรมฯ ต่อไปได้ โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพัฒนาจากการสนทนากลุ่มแกนนำในชุมชนและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากนั้นนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาจิตวิทยา และสาขาสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จึงได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 โดยมีรายละเอียดการประเมิน ดังนี้ 1) ความเหมาะสมและ



ความถูกต้องของภาษา 2) ความเป็นไปได้ของการดำเนินการ 3) ความถูกต้องตามหลักวิชาการ 4) ความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ และ 5) ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับเนื้อหากิจกรรม (Srisaard, 2017) ทำให้ได้มาซึ่ง 6 กิจกรรม ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรม การชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และข้อตกลงเกี่ยวกับการเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต การปรึกษากลุ่ม การให้ความรู้ การสาธิต และฝึกทักษะด้านต่าง ๆ โดยสัปดาห์แรกจะประเมินคุณภาพชีวิตก่อนทำการทดลอง จากนั้นดำเนินกิจกรรมแรกในสัปดาห์ที่ 2 เว้นระยะห่าง 2 สัปดาห์เพื่อทำกิจกรรมที่ 3 จนครบทั้ง 6 กิจกรรม แล้วประเมินคุณภาพชีวิตหลังทำการทดลองเสร็จสิ้น มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรมเพื่อนของฉัน การปรึกษากลุ่มเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การให้ความรู้ในหัวข้อคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นอย่างไร กิจกรรมสำรวจคุณภาพชีวิต สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint กรณิศึกษา และแอปพลิเคชันไลน์ ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 ชงโภชนาการอาหารพื้นเมือง ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรมเมนูโปรด การปรึกษากลุ่มเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทบทวนกิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ในหัวข้อชงโภชนาการกับเมนูโปรดอาหารพื้นเมือง สาธิตและฝึกทักษะการออกแบบเมนูโปรดอาหารพื้นเมือง สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint กรณิศึกษา และแอปพลิเคชันไลน์โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 บริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก ประกอบด้วยเกมละลายพฤติกรรมร่างกายของฉัน การปรึกษากลุ่มเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยการบริหารร่างกาย ทบทวนกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ในหัวข้อหลักและวิธีการบริหารร่างกาย สาธิตและฝึกทักษะการบริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint กรณิศึกษา และแอปพลิเคชันไลน์โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 4 การสื่อสารทางสังคม ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรมการสื่อสารตรงใจ การปรึกษากลุ่มเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการสื่อสารทางสังคม ทบทวนกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในหัวข้อหลักการและวิธีการสื่อสาร สาธิตและฝึกทักษะการสื่อสาร สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint วิดีโอทัศน์ กรณิศึกษา และแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5 การปรับตัวทางสังคม ประกอบด้วย เกมละลายพฤติกรรมฉันทำได้ การปรึกษากลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อมด้านเจตคติต่อการปรับตัวทางสังคม ทบทวนกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในหัวข้อการปรับตัวทางสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน กิจกรรมสนทนากลุ่มสังสรรค์สังคม (กินหอมตอมม่วน) สื่อที่ใช้คือ วิทยากร PowerPoint วิดีโอทัศน์ กรณิศึกษา อาหารสุขภาพพื้นบ้าน และแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 6 ติดตาม สอบถาม ให้ข้อเสนอแนะ และกระตุ้นเตือนการรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย การสื่อสาร และการปรับตัวทางสังคม สื่อที่ใช้คือ การโต้ตอบผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การติดตามเยี่ยมบ้าน การสอบถามรายกลุ่ม-รายบุคคล และประเมินผลหลังการทดลอง โดยดำเนินการรวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดย (Mahatnirankul et al, 2002) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา รายได้ต่อเดือน และอายุงาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ และข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผล คือ ได้คะแนน 26-60 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ได้คะแนน 61-95 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และได้คะแนน

96-130 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อแยกคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบรายด้าน มีข้อคำถามด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ เกณฑ์การแปลผล คือ 7-16 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 17-26 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง 27-35 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อคำถามด้านจิตใจ 6 ข้อ เกณฑ์การแปลผล คือ 6-14 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 15-22 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง 23-30 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อคำถามด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ เกณฑ์การแปล คือ 3-7 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 8-11 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง 12-15 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ เกณฑ์การแปล คือ 8-18 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 19-29 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง 30-40 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ไม่นับรวมในแต่ละด้านแต่รวมเป็นคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.65

4. จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่เอกสารรับรอง 011/2565

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่ม

ทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติ Dependent sample t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

5.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติ Independent sample t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.7 และ 76.7 กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.7 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 76.7 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 53.3 กลุ่มทดลองมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.7 ส่วนกลุ่มควบคุมที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท และมากกว่า 5,000 บาท มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 นอกจากนี้ กลุ่มทดลองที่มีอายุการทำงานอยู่ระหว่าง 12-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 และกลุ่มควบคุมที่มีอายุการทำงานมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 (Table 1)

**Table 1:** Personal information of village health volunteers.

Personal information	Experiment group		Control group	
	n=30	Percentage	n=30	Percentage
Gender				
Male	4	13.3	7	23.3
Female	26	86.7	23	76.7
Age				
30-39	4	13.3	2	6.7
40-49	8	26.7	9	30.0
50-59	15	50.0	8	26.7
60 or more	3	10.0	11	36.7
Marital status				
Single	3	10.0	3	10.0
Married	25	83.3	23	76.7
Divorced/Widowed	2	6.7	4	13.3
Education				
Less than high school	10	33.3	14	46.7
High school diploma or higher	20	66.7	16	53.3
Income				
Less than 5,000 Baht	13	43.3	15	50.0
5,000 Baht or more	17	56.7	15	50.0
Working period				
Less than 5 years	5	16.7	1	3.3
5 - 11 years	4	13.3	7	23.3
12 - 15 years	9	30.0	8	26.7
16 - 20 years	7	23.3	4	13.3
21 years or more	5	16.7	10	33.3

2. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 6.43 คะแนน

ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 3.44 ถึง 9.43 เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน หรือจากข้อมูลที่ศึกษาอาจไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะบอกได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกัน (Table 2)

**Table 2:** Comparing of quality of life of village health volunteers in the experimental group before and after the experiment. (n=30)

Factors	Test	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	95% Confidence Interval for $\bar{X}$ diff		p-value
					Lower	Upper	
Overall Quality of Life	Pretest	89.77	4.48	6.43	3.44	9.43	< .001*
	Posttest	96.20	7.90				
- Physical domain	Pretest	23.37	2.20	1.90	.88	2.92	< .001*
	Posttest	25.27	2.07				
- Psychological domain	Pretest	22.17	2.42	1.43	.30	2.57	.015*
	Posttest	23.60	2.87				
- Social relationships	Pretest	9.67	1.54	1.43	.76	2.10	< .001*
	Posttest	11.10	1.18				
- Environment	Pretest	28.03	1.94	0.87	-.07	1.80	.068
	Posttest	28.90	2.82				

\*Statistical significance at .05

3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.17 คะแนน ช่วงเชื่อมั่น

95% อยู่ระหว่าง 3.00 ถึง 13.33 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Table 3)

**Table 3:** Comparing of the quality of life of village health volunteers after the experiment between the experimental group and the control group.

Factors	group	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	95% Confidence Interval for $\bar{X}$ diff		p-value
					Lower	Upper	
Overall Quality of Life	Experiment group	96.20	7.90	8.17	3.00	13.33	.002*
	Control group	88.03	11.76				

Table 3: (Continued)

Factors	group	$\bar{X}$	SD	Mean Difference	95% Confidence Interval for $\bar{X}$ diff		p-value
					Lower	Upper	
- Physical domain	Experiment group	25.27	2.07	2.40	0.90	3.89	.002*
	Control group	22.87	3.52				
- Psychological domain	Experiment group	23.60	2.87	1.60	0.19	3.01	.027*
	Control group	22.00	2.59				
- Social relationships	Experiment group	11.10	1.18	1.20	0.49	1.91	< .01*
	Control group	9.90	1.54				
- Environment	Experiment group	28.90	2.82	1.67	0.46	3.28	.044*
	Control group	27.23	3.42				

\*Statistical significance at .05

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการศึกษาแบบกลุ่มที่ช่วยให้มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพและการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน อีกทั้งยังได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและฝึกทักษะการออกแบบเมนูอาหารพื้นเมือง การบริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก รวมถึงการสื่อสาร และการปรับตัวทางสังคม ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การปฏิสัมพันธ์กับผู้รอบข้าง จากการบูรณาการความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับ ทำให้ผลคะแนนที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น และจากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการ

ทดลอง พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีการศึกษาแบบกลุ่ม การให้ความรู้ และการฝึกทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยธงโภชนาการอาหารพื้นเมือง การบริหารร่างกายด้วยโยคะและรำไทเก๊ก การสื่อสาร การปรับตัวทางสังคม มีการติดตาม สอบถาม ให้ข้อเสนอแนะ และกระตุ้นเตือนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ตลอดเวลาที่ได้รับโปรแกรมฯ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองมีเจตคติด้านบวกต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพร่างกายและสามารถสร้างสัมพันธภาพทางสังคมได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ทั้งนี้ จากการเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง และเปรียบเทียบหลังการทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ เนื่องจากความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกายกับสุขภาพจิต เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นก็ส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีขึ้นด้วยเช่นกัน ที่สอดคล้องกับ [The War Related Illness & Injury Study Center \(2014\)](#) ได้ระบุว่า ร่างกายของบุคคลจะตอบสนองต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เรียกได้ว่าเป็นความเชื่อมโยงระหว่างร่างกายกับจิตใจ ดังนั้นเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่างกายที่เหมาะสมก็ส่งผลต่อการมีอารมณ์และความรู้สึกในทิศทางที่สุขสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นด้วย

นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตยังเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาตนเองเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับสมาชิกในชุมชนด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และการดูแลสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ [Department of Health Service Support \(2013\)](#) ที่ระบุว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่เป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตสมาชิกในชุมชน ด้วยความรับผิดชอบและภารกิจในแต่ละวันจะสามารถนำความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพมาปรับใช้ในชีวิตและหน้าที่การงานได้มากขึ้น จากการศึกษาของ [Yodthaharn & Pobkeeree \(2020\)](#) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสุขภาพ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้อยู่ในระดับสูงและการศึกษาของ [Tapdume & Chamnanphuttiophon \(2021\)](#) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักพุทธธรรมของประชาชนในชุมชนท้องถ้ำเจียก อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ที่มีสาเหตุเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภค

อาหาร และการไม่ได้รับคำแนะนำการสร้างเสริมทักษะหรือประสบการณ์ที่มีประโยชน์ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะเห็นได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ของบุคคล นอกจากนี้ [Kongpolprom & Choosakul \(2019\)](#) ได้ศึกษานำร่องโปรแกรมการพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยการกำกับตนเองสำหรับนักศึกษาสถาบันพลศึกษา ยังพบว่า คะแนนการทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่อธิบายได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้จริง จากการศึกษาของ [Suwannarat & Panyasai \(2019\)](#) เรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุยังพบอีกว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุสูงขึ้นไปในการวัดแต่ละครั้ง เนื่องจากรูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้คนในชุมชน ส่วนการศึกษาของ [Yusoff \(2020\)](#) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนพบว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนมีความเชื่อมโยงที่ซับซ้อนระหว่างความต้องการของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตจำเป็นที่บุคคลจะต้องได้รับข้อมูลจากการให้คำแนะนำและการผสมผสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิต ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ ที่มีการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายด้านอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนการสื่อสาร และการปรับตัว ที่ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายกับด้านสัมพันธภาพทางสังคมสูงขึ้น

## สรุปผล

จากผลการวิจัยทำให้ได้โปรแกรมที่สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การให้ความรู้ การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกทักษะ การสร้างสัมพันธ์ภาพ ะงโภชนาการอาหารพื้นเมือง บริหารร่างกาย ด้วยโยคะและรำไทเก๊ก การสื่อสารทางสังคม การปรับตัวทางสังคม และการติดตาม สอบถาม ให้ข้อเสนอแนะผ่านแอปพลิเคชัน การติดตามเยี่ยมบ้าน การสอบถามรายกลุ่ม-รายบุคคล

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ผลการวิจัยทำให้ได้โปรแกรมที่สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การให้ความรู้ การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม การฝึกทักษะ การสร้างสัมพันธ์ภาพ ะงโภชนาการอาหารพื้นเมือง บริหารร่างกาย ด้วยโยคะและรำไทเก๊ก การสื่อสารทางสังคม การปรับตัวทางสังคม และการติดตาม สอบถาม ให้ข้อเสนอแนะผ่านแอปพลิเคชัน การติดตามเยี่ยมบ้าน การสอบถามรายกลุ่ม-รายบุคคล

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมายืนยันผลการวิจัยให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่ตำบลเดียวกัน ควรทำความเข้าใจและสร้างข้อตกลงเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิต

## References

Board of directors development on quality of life people. (2021). *Report on the quality of life of Thai people, according to basic needs for the year 2021*. Bangkok: BES Press.

Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Academic Press.

Community Health System. (2022). *Report on Village health volunteer*. <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000S9.php>

Department of Health Service Support. (2013). *Manual for village health volunteers, community health organizers*. <http://www.nongkwang.go.th/site/attachments/article/98/11.pdf>

Department of Health Service Support. (2020). *The department of health service support assigns village health volunteers to screen and restore the mental health of people affected by COVID-19*. [https://hss.moph.go.th/show\\_topic.php?id=3537](https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=3537)

Komnanton T. & Bodeerat C. (2021). Performance of village health volunteers in Song District, Phrae Province. *Journal of Modern Learning Development*, 6(3), 237-249.

Kongpolprom R. & Choosakul C. (2019). A preliminary of health-related physical fitness and quality of life development program by using self-regulation of physical education institute student. *Journal of Education Naresuan University*, 21(4), 271-285.

Kosanphiphat, S. (2018). *The development of quality of life for the north rural people by using local organization based*. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University.

Mahatanirankun S. et al. (2002). *World Health Organization Quality of Life Indicators, Thai version*. Nonthaburi: Department of Mental Health.

- National Innovation Agency. (2020). *What is the ranking of Thai people's quality of life on the world*. <https://www.nia.or.th/SPI2020>.
- Panyasaisophon, T. (2021). *Research methodology for health promotion management*. Nakhon Ratchasima: Lertsilp Sasan Holding.
- Piromrat P. et al. (2020). A model for improving the quality of life of people in Phrae Province. *Journal of MCU Peace Studies*, 8(4), 1493-1505.
- Provincial Community Development Office of Songkhla. (2019). *Report of quality of life development on people Songkhla Province 2019*. Wonder Idea Technology Co., Ltd. <https://pubhtml5.com/ztuk/wnto/>
- Sakchalathorn K. et al. (2020). Quality of life development model of village health volunteers in Phanomsarakham District, Chachoengsao Province. *Saint Johns Journal*, 23(32), 331-350.
- Srisaard, B. (2017). *Preliminary research* (10<sup>th</sup> ed.). Bangkok: Suwiriyan.
- Suwanarat J. & Panyasai K. (2019). Effectiveness model of participation health promotion for quality of life among the elderly. *The Public Health Journal of Burapha University*, 4(2), 52-62.
- Tapdume K. & Chamnanphuttiophon S. (2021). Life quality development according to buddha dhammaprinciples of people in Thonglumgeak community, Chanyai District, Nakohon Sithammarat Provinc. *Journal of Buddhistic Sociology*, 7(2), 130-143.
- The Ministry of Public Health Regulation on Village Health Volunteers, B.E. 2554. (2011, 10 March). *Royal Gazette*. Volume 128, Special Part 33 Ng.
- The War Related Illness & Injury Study Center. (2014). *Mind body connection: Strategies to reduce physical and mental tension*. <https://www.warrelatedillness.va.gov/education/factsheets/mind-body-connection.pdf>
- Yodthaharn S. & Pobkeeree V. (2020). *Quality of work life in operational performance of Bangkok health volunteers*. In Arlai, P. (Eds.), *King's Philosophy and Research for Life Balance in Disruptive Technology Era. The 12<sup>th</sup> NPRU National Academic Conference*. (pp. 2223-2233). Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Rajabhat University.
- Yusoff M. M. (2020). *Improving the quality of life for sustainable development*. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 561(2020), 012020. <https://doi:10.1088/1755-1315/561/1/012020>



## THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTH PROMOTING DISEASE PREVENTING BEHAVIORS, AMONG PEOPLE WHO HAVE PREVIOUSLY BEEN INFECTED WITH COVID-19, IN THEPHARAK DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Prapas Puenkratoke <sup>1</sup>, Sarodh Pechmanee <sup>2</sup>, Thanakorn Panyasaisophon <sup>3,\*</sup>

Received: September 28, 2023

Received: May 23, 2024

Accepted: August 10, 2024

<sup>1</sup> Master's degree students in Health Promotion Management Nakhonratchasima College, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Allied health sciences, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

<sup>3</sup> Faculty of Science and Technology Phranakhon Rajabhat University, Bangkok 10220, Thailand

Corresponding author; E-mail: thanakorn.p@prnu.ac.th\*

Citation: Puenkratoke P., Pechmanee S., Panyasaisophon T. (2024). The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Disease Preventing Behaviors, among People Who Have Previously Been Infected with COVID-19, in Thepharak District, Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(2), 13-24.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

### ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aims to examine the relationship between health literacy and health promoting and disease preventive behaviors among people who have previously contracted COVID-19. The research sample consisted of 280 people selected through simple random sampling. The research tools included a self-developed health literacy questionnaire and a health promoting and disease preventive behaviors questionnaire, validated by three experts, with item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.66 to 1.00 and reliability coefficients ranging from 0.77 to 0.97. Data were analyzed using statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square tests, and Pearson correlation coefficients. The findings were as follows: 1) Occupation, income, quarantine duration, and vaccination status were significantly related to health promoting and disease preventive behaviors regarding COVID-19 at a 0.05 significance level. 2) Health literacy in terms of access skill, communication skill, self-management skill, and media literacy skill was positively correlated with health promoting and disease preventive behaviors at .05 significance level. And 3) Health literacy in terms of cognitive skill was negatively correlated with health-promoting and disease-preventive behaviors at .05 significance level.

**Keywords:** Health literacy; Health promoting; Disease preventive COVID-19; COVID-19 patients

## ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของประชาชนที่เคยติดเชื้อโควิด-19 อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา

รับบทความ: 28 กันยายน 2566  
แก้ไขล่าสุด: 22 พฤษภาคม 2567  
ตอบรับตีพิมพ์: 10 สิงหาคม 2567

ประภาส ปิ่นกระโทก<sup>1</sup>, สาโรจน์ เพชรรมณี<sup>2</sup>, ธนกร ปัญญาไสโสภณ<sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

<sup>2</sup> คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

<sup>3</sup> คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, กรุงเทพฯ 10220, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: thanakorn.p@prnu.ac.th\*

อ้างอิง: ประภาส ปิ่นกระโทก, สาโรจน์ เพชรรมณี, ธนกร ปัญญาไสโสภณ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนที่เคยติดเชื้อโควิด-19 อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 39(2), 13-24.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกรณีศึกษาประชาชนที่เคยป่วยโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 280 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมและป้องกันโรค ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.66-1.00 มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.77-0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) อาชีพ รายได้ ระยะเวลาพักตัว การได้รับวัคซีน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ; การป้องกันโรค COVID-19; ผู้ป่วยโรค COVID-19

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) ที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) จากรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก เมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยยืนยันสะสมทั้งสิ้นจำนวน 764,474,387 ราย และเสียชีวิตสะสม 6,915,286 ราย (World Health Organization, 2022) ซึ่งได้มีการค้นพบการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อาการแสดงของโรคคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูกในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต โดยโรคโควิด-19 จะมีระยะในการฟักตัว 2-14 วัน (Department of Disease Control, 2020) โดยในประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด -19) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (Stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (Physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ (Training Center for Emergency Supervisors, 2020) ในขณะเดียวกันประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 4,730,490 ราย และเสียชีวิตสะสม 33,947 ราย (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวางทั่วโลก

ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางด้านปัญญาหรือสังคมในการสร้างแรงจูงใจ หรือความสามารถในการเข้าถึง (Access) เข้าใจ (Understand) ประเมิน (Assess) และนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับมาไปสู่การปฏิบัติ (Apply) และผลการปฏิบัติที่นี้เกิดผลดีต่อสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ผลการศึกษา Onsrabut and Jannual (2023) ได้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรค COVID19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะความรู้เท่าทันสื่อ ทักษะความรู้ความเข้าใจ และทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jantima and Panwadee, 2021)

จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยรายแรกเพศหญิง จากนั้นได้ดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พบว่ามีการติดเชื้อของจังหวัดนครราชสีมา มีผู้เข้าข่ายที่ต้องเฝ้าระวังในกลุ่มชาวไทยและชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามา 213 ราย พบผู้ติดเชื้อ 2 ราย แต่เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา และผู้เข้ามาท่องเที่ยวเกิดความปลอดภัยของโรคโควิด-19 จึงมีความจำเป็นต้องใช้มาตรการเข้มข้น 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังเชิงรุก มาตรการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ มาตรการติดตามผู้สัมผัสโรค มาตรการสื่อสารความเสี่ยง และมาตรการทางสังคมและกฎหมาย (Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office (2022) อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา แบ่งการปกครองเป็น 4 ตำบล ประชากร 23,815 คน พบว่า มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 206 ราย และปี พ.ศ. 2565 (30 กันยายน 2565) จำนวน 2,422 ราย รวมทั้งสิ้น 2,628 ราย แยกเป็นรักษาตัวที่บ้าน (Home isolation) จำนวน 933 ราย รักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 1,695 ราย (Theparak District Public Health Office, 2022) จากการทบทวนปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นโยบายที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่เคยมีผลการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนที่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญการ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center) อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา จึงมี

แนวคิดที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค : กรณีศึกษาประชาชนที่เคยป่วยโรคโควิด-19 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่กรณีถ้ามีการระบาด ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนที่เคยป่วยโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานทั่วไปกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนที่เคยติดโรคโควิด-19
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนที่เคยป่วยโรคโควิด-19

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกรณีศึกษาประชาชนที่เคยป่วยโรคโควิด-19 ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2565 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจด้วยชุดตรวจโควิด-19 แบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit-ATK) พร้อมได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคโควิด-19 และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านจนหายจากโรคโควิด-19 ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2565 อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 933 คน (Theparak District Public Health Office, 2022)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจด้วยชุดตรวจโควิด-19 แบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit-ATK ) พร้อมได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคโควิด-19 และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านจนหายจากโรคโควิด-19 คำนวณขนาดตัวอย่างจากการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 280 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากการจับฉลากรายชื่อ (Panyasaisophon, 2021) ตามสัดส่วนของประชาชนที่เคยติดโควิด-19 แต่ละตำบล

#### 1.2.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1.2.1.1 ประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยในระดับสื่อสารได้เบื้องต้น และได้รับการตรวจด้วยชุดตรวจ โควิด-19 แบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit-ATK) พร้อมได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคโควิด - 19

#### 1.2.1.2 ประชาชนที่เคยติดโรค

โควิด-19 และอาศัยอยู่ในอำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (Home isolation) จนหายจากโรคโควิด-19 ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2565 มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในอำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา

#### 1.2.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

#### 1.2.2.1 ประชาชนที่เคยติดโรค

โควิด-19 ได้รับการตรวจด้วยชุดตรวจโควิด-19 แบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit-ATK) พร้อมได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคโควิด-19 แต่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่นอกพื้นที่อำเภอเทพารักษ์

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.66-1.00 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยคล้ายคลึงกับตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอด่านขุนทด จำนวน 30 ราย ที่เคยป่วยจากโรคโควิด-19 และได้รับการรักษา

อย่างต่อเนื่องที่บ้านจนหายจากโรคโควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.77-0.97 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้/เดือน ระยะเวลากักตัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการได้รับวัคซีน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.43-0.66 และความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน ถูก 1 คะแนน ผิด/ไม่แน่ใจ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลของ Bloom (1956) ระดับดี (ร้อยละ 80.00-100.00) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00-79.99) และระดับปรับปรุง (ร้อยละ 0.00-49.99)

2.2 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (4 ข้อ) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (7 ข้อ) การจัดการตนเอง (7 ข้อ) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (6 ข้อ) และการตัดสินใจเลือก (7 ข้อ) รวมทั้งสิ้น จำนวน 31 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84, 0.97, 0.96, 0.90 และ 0.86 ตามลำดับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย บางครั้ง เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลของ Panyasaisophon (2021) ได้แก่ ระดับปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00) ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 17 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) บ่อยครั้ง

(4-5 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติประจำ (6-7 วัน/สัปดาห์) เกณฑ์การแปลผลของ Panyasaisophon (2021) ได้แก่ ระดับปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00) ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00)

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือรับรองจาก คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขอดำเนินการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยประสานและขอความร่วมมือกับบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อชี้แจงแบบสอบถามและขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวก และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยอ่านคำชี้แจง วัตถุประสงค์ และประโยชน์ของแบบสอบถาม และการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจและเปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นที่ไม่เข้าใจ จนกว่าจะเข้าใจและให้ลงนามการยินยอมเข้าร่วมการดำเนินการวิจัย

3.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

### 4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ โดยได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์มภายหลังจากชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยจนเข้าใจ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น โดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา วิทยาลัยนครราชสีมา เอกสารรับรองหมายเลข NRPH 060/2566 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2566

### 5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย พื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้/เดือน ระยะเวลาพักตัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการได้รับวัคซีน กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

**สรุปผลการวิจัย**

1. ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 340 คน พบว่า ประชาชนที่เคยป่วยโรคโควิด-19 อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ มีอายุ ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 52.9 เพศหญิง ร้อยละ 75.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานสมรส ร้อยละ 71.8 อาชีพ ทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 65.0 มีรายได้ ≤10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 58.9 ระยะเวลาพักตัวน้อยกว่า 14 วัน ร้อยละ 54.6 การศึกษามัธยมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 45.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.6 และได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 ร้อยละ 47.2

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย พื้นฐานทั่วไปกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า อาชีพ รายได้/เดือน ระยะเวลาพักตัว และการได้รับวัคซีน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

**Table 1:** The analysis results of the relationship between general background factors and health promoting and disease-preventive behaviors. (n=280)

General background factors	Count	Percentage	$\chi^2$	p-value
1. Age				
20 – 40 Years	75	26.8	53.07	0.35
41 – 60 Years	148	52.8		
< 60 years old	57	20.4		
2. Gender				
Male	69	24.6	10.88	0.99
Female	211	75.4		
3. Religion				
Buddhist	280	100.0		
4. Marital status				
Married	201	71.8	48.19	0.54
Single	63	22.5		
Widowed/Divorced/Separated	16	5.7		

Table 1: (Continued)

General background factors	Count	Percentage	$\chi^2$	p-value
5. Occupation				
Farming, Rice cultivation, Gardening	182	65.0	141.14*	< .001
General labor	60	21.4		
Trade/Private business	15	5.4		
Government service/State enterprise employee	6	2.1		
Private company employee	17	6.1		
6. Monthly income				
≤10,000 Baht	165	58.9	153.53*	< .001
10,001 - 20,000 Baht	89	31.8		
20,001 - 30,000 Baht	16	5.7		
30,001 - 40,000 Baht	5	1.8		
< 40,000 Baht	5	1.8		
7. Quarantine duration				
≤ 14 Day	153	54.64	47.67*	< .001
> 14 Day	127	45.36		
8. Education level				
Primary school or lower	125	44.6	48.97	.990
Secondary school or equivalent	128	45.7		
Associate degree or equivalent	6	2.2		
Bachelor's degree or higher	21	7.5		
9. Chronic illness				
No	192	68.6	19.18	.780
Yes	88	31.4		
10. Vaccination status				
Refusal to receive vaccination	49	17.5	124.99*	.040
1 Dose	27	9.6		
2 Dose	132	47.2		
3 Dose	51	18.2		
4 Dose	21	7.5		

2. ผลการศึกษาในระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนที่เคยป่วยโรคโควิด-19 อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 280 คน มีระดับความรู้ความเข้าใจ (Cognitive

skill) อยู่ในระดับปรับปรุง ร้อยละ 93.6 การเข้าถึง บริการสุขภาพ (Access skill) อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 89.3 การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communication skill) อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 95.0 การจัดการเงื่อนไข ทางสุขภาพ (Self-management skill) อยู่ในระดับดีมาก

ร้อยละ 91.4 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill) อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 95.0 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision skill) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.6 และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health promoting and disease-preventive behaviors) อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.5 (Table 2)

**Table 2:** The level of health literacy and health promoting behaviors in disease prevention among individuals who have previously contracted COVID-19. (n=280)

Variables	Count	Percentage
<b>1. Health Literacy</b>		
1.1 Cognitive skill		
Improved level ( $\leq 50.00\%$ /1 – 4 point)	262	93.6
Moderate level (50.00% - 79.99%/5 – 6 point)	18	6.4
Good level ( $\geq 80.00\%$ /7 – 8 point)	0	0.0
1.2 Access skill		
Improved level (Average score: 1.00 – 2.00)		
Moderate level (Average score: 2.01 – 3.00)	4	1.4
Good level (Average score: 3.01 – 4.00)	26	9.3
Excellent level (Average score: 4.01 - 5.00)	250	89.3
1.3 Communication skill		
Improved level (Average score: 1.00 – 2.00)	0	0.0
Moderate level (Average score: 2.01 – 3.00)	0	0.0
Good level (Average score: 3.01 – 4.00)	14	5.0
Excellent level (Average score: 4.01 - 5.00)	266	95.0
1.4 Self-management skill		
Improved level (Average score: 1.00 – 2.00)	0	0.0
Moderate level (Average score: 2.01 – 3.00)	0	0.0
Good level (Average score: 3.01 – 4.00)	24	8.6
Excellent level (Average score: 4.01 - 5.00)	256	91.4
1.5 Media literacy skill		
Improved level (Average score: 1.00 – 2.00)	0	0.0
Moderate level (Average score: 2.01 – 3.00)	0	0.0
Good level (Average score: 3.01 – 4.00)	13	4.6
Excellent level (Average score: 4.01 - 5.00)	266	95.0
1.6 Decision skill		
Improved level (Average score: 1.00 – 2.00)	0	0.0
Moderate level (Average score: 2.01 – 3.00)	0	0.0
Good level (Average score: 3.01 – 4.00)	15	5.4
Excellent level (Average score: 4.01 - 5.00)	265	94.6



Table 2: (Continued)

Variables	Count	Percentage
<b>2. Health promoting and disease-preventive behaviors</b>		
Improved level (Average score: 0.00 – 1.00)	2	0.7
Moderate level (Average score: 1.01 – 2.00)	1	0.4
Good level (Average score: 2.01 – 3.00)	18	6.4
Excellent level (Average score: 3.01 - 4.00)	259	92.5

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของประชาชนที่เคยติดโรคโควิด-19 อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access skill) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communication skill) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ (Self-management skill) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy skill)

และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health promoting and disease-preventive behaviors) ส่วนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (Cognitive skill) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 3)

Table 3: The relationship between health literacy and health-promoting and disease-preventive behaviors among individuals who have previously contracted COVID-19.

Health Literacy	Health promoting and disease-preventive behaviors		
	Pearson correlation coefficient (r)	level	p-value
1. Cognitive skill	-0.20	Very low	< .001
2. Access skill	0.12	Very low	.040
3. Communication skill	0.20	Very low	< .001
4. Self-management skill	0.19	Very low	< .001
5. Media literacy skill	0.29	low	< .001
6. Decision skill	0.28	low	< .001

**อภิปรายผล**

1. ปัจจัยพื้นฐานทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ได้แก่ อาชีพ รายได้/เดือน ระยะเวลาพักตัว และการได้รับวัคซีน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในขณะป่วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ได้รับความช่วยเหลือจากการสนับสนุน

ในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่หรือการให้บริการเพื่อสิ่งอำนวยความสะดวก และอุปกรณ์สำหรับการป้องกันที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในขณะป่วย การติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ และการทำความเข้าใจเนื้อหาสาระสื่อต้องการนำเสนอเพื่อช่วยเยียวยาลดปัญหาการแพร่กระจายและการระบาดของโรค เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ

อาหาร การติดตามการรักษา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ [Narunet and Suphot \(2022\)](#) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่าอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของ [Piyanan et al. \(2022\)](#) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการ โรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่า อยู่ระดับดีและดีมาก อาจเนื่องจากประชาชนมีการเข้าถึง มีการติดตาม มีการรับรู้ข่าวสาร ความรุนแรง และการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางทั้งในและต่างประเทศของโรคโควิด-19 จากภาครัฐบาลและสื่อต่าง ๆ ที่สำคัญจากการทำงานในพื้นที่ของบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลที่เกี่ยวข้องในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงทำให้ประชาชนที่ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตนในสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อธิบายได้ว่า เมื่อประชาชนที่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและความสามารถในการจัดการตนเองขณะที่ป่วยทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโควิด-19 ไปในทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสม แต่ด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นที่อุบัติใหม่ที่มีการติดต่อที่รุนแรงทั่วโลก การสื่อสารจากสื่อต่าง ๆ การบอกเล่า การพูดคุย อาจทำให้มีการสื่อสารผิดพลาด

เกิดการสับสนและเข้าใจที่คลาดเคลื่อนที่ตรงกับความเป็นจริง สอดคล้องตามแนวคิดของ [Nutbeam \(2008\)](#) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ต้องมีทักษะและความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพซึ่งพัฒนาได้จากกระบวนการคิดวิเคราะห์ และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จนสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพรวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้เพื่อวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ข้อมูลข่าวสารนั้น ๆ ได้ และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลข่าวสารนั้นเพื่อควบคุมจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารด้านสุขภาพตามต้องการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ [Jandee and Thanapop \(2022\)](#); [Benjamaporn and Warinee \(2022\)](#) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมากและดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ [Ratchanan et al. \(2021\)](#) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ [Kannika et al. \(2022\)](#) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ส่วนความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากองค์ความรู้จะมีการบอกต่อ ๆ จากบุคคลต่อบุคคลที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรสาธารณสุขจึงอาจจะส่งผลให้เกิดความรู้ในระดับต่ำ

## สรุปผล

จากผลการศึกษา พบว่า อาชีพ รายได้/เดือน ระยะเวลาพักตัว และการได้รับวัคซีนมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ ประชาชนที่เคยติดโรคโควิด-19 ดังนั้น การดำเนินการให้ความช่วยเหลือควรพิจารณาประเด็นเหล่านี้ และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรอบรมให้ความรู้ที่ถูกต้องกับ ประชาชน โดยผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุขที่เหมาะสม

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่ โดยเน้นทักษะการนำข้อมูลไปใช้ในกลุ่มประชาชนทั่วไป หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 เช่น การส่งเสริมและพัฒนา ทักษะการคิดวิเคราะห์เพื่อนำสู่การปฏิบัติในการสร้าง เสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

1.2 หน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องผ่านการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรค โควิด-19 ในชุมชน เช่น หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน ช่องทางไลน์ เป็นต้น

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการพัฒนา โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะประเด็น ความรู้ความเข้าใจ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคสำหรับประชาชนทั่วไป /ผู้ป่วยเป็นโรคโควิด-19 ผ่าน ช่องทางสื่อต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

## References

Benjamaporn A. & Warinee A. (2022). The relationship between health literacy and preventive behaviors for COVID-19 in the new normal era of working-age people in Bangkok and its vicinity. *Journal of Nursing*, 71(3): 27-35.

Bloom, B.S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives*, Handbook I: The Cognitive Domain. New York: Mckay.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Weekly situation of COVID-19 patients in the country. [Internet]. (Date of access: 30 June 2022). Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboards/dashboard=main>

Department of Disease Control. (2022 June 26). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19). advice for people self defense*. [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int\\_protection/int\\_protection\\_220665.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_220665.pdf)

Jandee K. & Thanapop C. (2022). Food Delivery Drivers' Health Literacy Regarding COVID-19 Prevention and Protective Behaviors During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey in Southern Thailand. *JMIR Human Factors*, 9(4), e37693. <https://humanfactors.jmir.org/2022/4/e37693>.

Jantima H & Panwadee K. (2021, February 19). Cognition and Protection Behaviors from Covid19 Epidemic Disease of People in Phuket. [Paper presentation]. The 11<sup>th</sup> National Academic Conference Community-led Social Innovation in the Era of Global Changes amidst Covid-19 Crisis, Southern College of Technology, Nakhon Si Thammarat, Thailand.

Kannika U. et al. (2022). Health literacy and preventive behavior for COVID-19 among the elderly at risk of dementia in rural communities, Chiang Rai Province. *Chiang Mai University Nursing Journal*, 49(1), 200 – 212.

- Krejcie R.V. & Morgan D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. (2022). Nakhon Ratchasima Province COVID-19 Information Center. Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office.
- Narunet L. & Suphot K. (2022). Factors related to behavior towards prevention of coronavirus disease 2019 among village health volunteers in Chum Phae District, Khon Kaen Province. *Community Health Academic Journal*, 8 (3), 8-24.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8.
- Onsribut W. & Junnual N. (2023). Health literacy and factors associated with quality of life of village health volunteers in situation of COVID-19 Mueang Ubon Ratchathani district, Ubon Ratchathani province. *Journal of Medical and Public Health Region 4*, 14 (1), 109-121.
- Piyanan et al. (2022). Factors Associated with Preventive Behaviors Against COVID-19 SAR-COV-2 among the Adult Population: a Case Study of Chom Thong District, Bangkok Metropolitan. *Journal of Health Science*, 31(2), 247-259.
- Ratchanan S. et al. (2021). The relationship between health literacy and behavior in preventing COVID-19 disease among the elderly. *Khon Kaen University Journal of Public Health Research*, 14(3), 104-114.
- Panyasaisophon, T. (2021). *Research methodology for health promotion management*. Nakhon Ratchasima College: Lertsilp Sasan Holding Co., Ltd.
- Theparak District Public Health Office. (2022). *Theparak District COVID-19 Information Center*. Theparak District Public Health Office, Nakhon Ratchasima Province.
- World Health Organization. (2022, June 30). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard 2021*. Research Institute. <https://covid19.who.int/>

## DEVELOPING THE HEALTH LITERACY OF PUBLIC HEALTH VOLUNTEERS TO ACCESS SERVICES AT COMMON ILLNESS PHARMACY, NAKHON SAWAN MUNICIPALITY

Piyaridee Chaisangmongkol<sup>1,\*</sup>

Received: March 25, 2024  
Received: August 21, 2024  
Accepted: August 26, 2024

<sup>1</sup> Thai Traditional and Alternative Medicine Division, Nakhon Sawan Provincial Public Health Office, Nakhon Sawan 60000, Thailand  
Corresponding author; E-mail: Nawatt16329@gmail.com \*

Citation: Chaisangmongkol, P. (2024). Developing the Health Literacy of Public Health Volunteers to Access Services at Common Illness Pharmacy, Nakhon Sawan Municipality. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(2), 25-37.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

### ABSTRACT

The promotion of access to Common Illness pharmacies aims to reduce hospital congestion by enhancing the health literacy of village health volunteers, in line with the Ministry of Public Health's policies. This research aimed to improve the health literacy of village health volunteers to facilitate access to Common Illness pharmacies in Nakhon Sawan Municipality. The study involved 11 pharmacists and 98 village health volunteers. Research tools included in-depth interviews, focus group discussions, and a health literacy promotion model. Quantitative data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and paired samples t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis and presented descriptively. The study found that in **Phase I**, 6 Common Illness pharmacies within the municipality served an average of 85.88 Gold Card patients per month per pharmacy. Outside the municipality, five pharmacies served an average of 180.5 Gold Card patients per month per pharmacy. **Phase II**, the health literacy promotion model, using the V-Shape Literacy Model and word-of-mouth strategies, was implemented over 12 weeks. Activities included workshops, social media engagement, and practical experience to improve access to pharmacies. **Phase III**, post-implementation evaluation showed that the health literacy of village health volunteers increased by 4.48 points, with a 95% confidence interval of 3.91 to 5.05. **Phase IV**, access to Common Illness pharmacies by Gold Card patients in the municipality increased by 149.67%. In contrast, outside the municipality, where the model was not applied, access increased by only 13.21%. In conclusion, promoting health literacy among village health volunteers using the V-Shape Literacy Model and word-of-mouth strategies effectively increased Gold Card patients' access to Common Illness pharmacies.

**Keywords:** Accession; Public health volunteers; Universal coverage scheme; Common illness pharmacy

## การพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเข้าถึงบริการร้านยา Common illness เทศบาลนครนครสวรรค์

รับบทความ: 22 มีนาคม 2567  
แก้ไขล่าสุด: 21 สิงหาคม 2567  
ตอบรับตีพิมพ์: 26 สิงหาคม 2567

ปิยฤดี ฉายแสงมงคล<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, นครสวรรค์ 60000, ประเทศไทย  
ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: Nawatt16329@gmail.com \*

อ้างอิง: ปิยฤดี ฉายแสงมงคล. (2567). การพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเข้าถึงบริการร้านยา Common illness เทศบาลนครนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(2), 25-37.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

### บทคัดย่อ

การส่งเสริมการเข้าถึงร้านยา Common illness เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยการส่งเสริมความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามนโยบายกลไก 3 หมอ และ 30 บาทรักษาทุกที่ของกระทรวงสาธารณสุข การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเข้าถึงบริการร้านยา Common illness ในเทศบาลนครนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เกสเซอร์ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการร้านยา Common illness จำนวน 11 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 98 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และรูปแบบการส่งเสริมความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ paired samples t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำเสนอข้อมูลแบบการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 มีร้านยา Common illness ในเขตเทศบาล 6 ร้าน พบผู้ป่วยบัตรทองเฉลี่ยเดือนละ 85.88 รายต่อร้าน นอกเขตเทศบาล 5 ร้าน พบผู้ป่วยบัตรทองเฉลี่ยเดือนละ 180.5 รายต่อร้าน ระยะที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมความรู้ โดยใช้แนวคิดแบบจำลองความรู้ V-Shape ร่วมกับกลยุทธ์ในการบอกต่อข่าวสาร ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้สื่อ Social media และฝึกทักษะสร้างประสบการณ์การเข้าถึงร้านยา Common illness และระยะที่ 3 ประเมินผลหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น 4.48 คะแนน ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 3.91 ถึง 5.05 ระยะที่ 4 ประเมินผลการเข้าถึงร้านยา Common illness พบว่า ผู้ป่วยบัตรทองในเขตเทศบาล เข้าถึงร้านยา Common illness เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 149.67 ส่วนนอกเขตเทศบาลที่ไม่ใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยบัตรทอง เข้าถึงร้านยา Common illness เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.21 สรุปผล การส่งเสริมความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยแบบจำลองความรู้ V-Shape ร่วมกับกลยุทธ์ในการบอกต่อข่าวสาร สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การเข้าถึง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; ผู้ป่วยบัตรทอง; ร้านยา Common illness

## บทนำ

โครงการรื้อยาบริการดูแลเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 กลุ่มอาการ หรือร้านยา Common illness เป็นนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลของรัฐ โดยความร่วมมือของสภาเภสัชกรรม นับว่าเป็นโครงการที่ยกระดับคุณภาพของร้านยาให้เป็นเครือข่ายเพื่อสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพในชุมชน โดยมีจุดคุ้มทุนของการให้บริการคือเดือนละ 282 ครั้งต่อร้านหรือ ประมาณ 9.4 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยบัตรทองที่มาใช้บริการมากที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 13 ได้แก่กรุงเทพฯ พบร้อยละ 22.26 (Lertsinudom et al., 2024) โดยเขตที่มีร้านยา Common illness มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 13 (จำนวน 395 ร้าน) เขตสุขภาพที่ 6 (จำนวน 295 ร้าน) และเขตสุขภาพที่ 11 (จำนวน 187 ร้าน) ตามลำดับ ในขณะที่เขตสุขภาพที่มีร้านยา Common illness น้อยที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 10 (จำนวน 46 ร้าน) เขตสุขภาพที่ 3 (จำนวน 50 ร้าน) และเขตสุขภาพที่ 2 (จำนวน 52 ร้าน) ตามลำดับ โดยจังหวัดนครสวรรค์อยู่ในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งมีจำนวนร้านยาทั้งหมด จำนวน 172 ร้าน มีร้านยา Common illness จำนวน 14 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 8.14 (National Health Security Office, 2024) และพบว่ามีการใช้บริการของผู้ป่วยบัตรทองเฉลี่ยเดือนละ 85.88 รายต่อร้านในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ และ 180.5 รายต่อร้าน ในร้านยาที่อยู่นอกเขตเทศบาลนครสวรรค์ ซึ่งหมายถึงการเข้าถึงบริการยังไม่ถึงจุดคุ้มทุนตามเกณฑ์ของสภาเภสัชกรรม

นอกจากนี้ปัจจุบันมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามนโยบายกลไก 3 หมอ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญด้านสุขภาพของชุมชนเปรียบเป็นหมอกคนแรกของครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเข้าถึงระบบยาที่ถูกต้อง (Indhrratana, 2014) รวมถึงโครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ ร้านยาจะเข้ามา มีบทบาทในระบบสุขภาพ (Department of Health, 2022) ซึ่งการส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติที่ดีในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งมีการขยายผลโดยการสร้างแกนนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีศักยภาพจะนำมาสู่การสร้างชุมชนจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน (Bunpitaksakun et al., 2021)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทองในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ เพื่อขยายผลในการเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการเข้าถึงบริการร้านยา Common illness เทศบาลนครนครสวรรค์

### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ Common illness

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเทศบาลนครนครสวรรค์ ในการส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทอง

2.3 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ในร้านยา Common illness

2.4 เพื่อเปรียบเทียบอัตราผู้มาใช้บริการด้วยบัตรทอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ในร้านยา Common illness ระหว่างร้านยาที่อยู่ในเขตเทศบาลที่มีการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขกับร้านยาที่อยู่นอกเขตเทศบาลที่ไม่มีการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D) โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการเข้าถึงบริการร้านยา Common illness เทศบาลนครนครสวรรค์ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567 ซึ่งแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ Common illness

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการให้บริการของร้านยา Common illness

1.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) คือ เกษีกรร้านยา Common illness จำนวน 11 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก

1) เป็นเกษีกรชุมชนและหรือเกษีกรร้านยา Common illness

2) ยินดีสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ได้จากการสัมภาษณ์ (In-depth Interview) เกษีกรร้านยา Common illness แบบจำเพาะเจาะจงจำนวน 2 ร้าน เพื่อให้ได้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ซึ่งมีประเด็นในการสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐานของร้านยา และ 2) สถานการณ์การให้บริการแก่ผู้ป่วยบัตรทองในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย

1.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้วิจัยทำการประสานขอเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและชี้แจงเอกสารการให้ความยินยอม (Consent form) ตามหลักจริยธรรมการทำวิจัย โดยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) หรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่ปรากฏชื่อในรายงานการวิจัย (Anonymous) ผู้วิจัยกำหนดรหัสให้ผู้ให้ข้อมูล

1.4 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำเสนอข้อมูลแบบการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analysis)

2. สำนวจความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการใช้บริการร้านยา Common illness

2.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน จาก 17 ชุมชน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากเกณฑ์การคัดเลือก ชุมชนละ 2 คน ประกอบด้วย ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนละ 1 คน อสม.แกนนำสุขภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภค ชุมชนละ 1 คน และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับจังหวัด 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1) เป็นอาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสบการณ์ทำงานในชุมชนไม่น้อยกว่า 5 ปีขึ้นไป

2) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ในระดับพื้นฐานขึ้นไป

3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ การสนทนากลุ่ม (Focus Group) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์นำมาสร้างชุดคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นการสร้างความยืดหยุ่นและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลสำคัญให้ได้มากที่สุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง ชุดคำถามประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และประสบการณ์การใช้บริการในร้านยา Common illness

2.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้วิจัยทำการประสานขอเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและชี้แจงเอกสารการให้ความยินยอม (Consent form) ตามหลักจริยธรรมการทำวิจัย โดยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) หรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญไม่ปรากฏชื่อในรายงานการวิจัย (Anonymous) ผู้วิจัยกำหนดรหัสให้ผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดการประชุมสนทนากลุ่มทำการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดไทรใต้



วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 เวลา 09.00 – 12.00 น. ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ดำเนินการบันทึกภาพและเสียงที่ได้รับอนุญาต ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ช่วยในการบันทึกภาพและเสียง

2.4 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Inductive analysis) นำเสนอข้อมูลแบบการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analysis)

**ระยะที่ 2** นำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทอง โดยผู้วิจัยจัดประชุมระดมความคิดเห็น (Brain Storming) ประกอบด้วย เกษัชกรชุมชนและหรือเกษัชกรร้านยา Common illness จำนวน 2 คน ประธานชมรม อสม. ระดับจังหวัด จำนวน 1 คน ผู้แทนแกนนำสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 2 คน ผอ.ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 คน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ และผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ช่วยในการบันทึกภาพและเสียง จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 7 คน ดำเนินการปรับปรุงรูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะความเป็นไปได้จากการระดมความคิดเห็น (Brain Storming) ให้มีความสมบูรณ์ และนำไปตรวจสอบความเป็นไปได้ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 กำหนดกรอบแนวคิดในการทำวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1

2.2 ร่างรูปแบบฯ โดยวิเคราะห์และสังเคราะห์สาระที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มาร่างเป็นรูปแบบการสร้างความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเทศบาลนครนครสวรรค์ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทอง

2.3 ตรวจสอบความเหมาะสมของร่างรูปแบบฯ โดยการจัดประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัย จำนวน 3 คน ผู้แทนจากผู้ประกอบการ

ร้านยา Common illness จำนวน 1 คน และผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน

**ระยะที่ 3** การทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทอง

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบฯ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ไม่น้อยกว่า 5 ปี จากจำนวนขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกันของ Ngamjarus, C. (2021) ได้จำนวน 79 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างคาดว่าจะมีผู้ออกจากการทดลอง ร้อยละ 10 จากสูตรการปรับขนาดตัวอย่างของ Jirawatkul, A. (2011) ได้จำนวนทั้งสิ้น 98 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้และความคิดเห็นต่อการให้บริการร้านยา Common illness ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence, IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) จากการนำไปทดลองใช้ (Try out) กลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. เขตเทศบาลนครนครสวรรค์ จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ของตัวแปรความรู้ เท่ากับ 0.85 และตัวแปรความคิดเห็นฯ เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด โรคเรื้อรัง อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็น อสม. สิทธิการรักษา การใช้สิทธิบัตรทองเมื่อเจ็บป่วย ท่านรู้จักโครงการร้านยา Common illness หรือไม่ และท่านรู้จักโครงการร้านยา Common illness จากแหล่งใด ลักษณะคำถามเป็น

แบบปลายปิด โดยให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนดให้ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ในการใช้บริการด้วยบัตรทองในร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ รักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ โดยให้เลือกตอบลงในช่องที่กำหนดให้ “ใช่” และ “ไม่ใช่” เกณฑ์การให้คะแนน “ตอบ ถูก = 1” และ “ตอบ ผิด = 0”

ส่วนที่ 3 เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ท่านเลือกวิธีการใดเป็นอันดับแรก จำนวน 8 ข้อ ใช้/หวัด/ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท้องเสีย ปัสสาวะแสบ-ขัด อาการไม่ปกติที่ตาและหู ผื่นคัน และบาดแผลเล็กน้อย โดยให้เลือกตอบสถานบริการที่ไปเป็นอันดับแรกได้เพียง 1 ข้อ ได้แก่ คุณเอง ร้านขายยา รพ.สต. รพ.รัฐ คลินิกเอกชน และรพ.เอกชน

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อการใช้บริการด้วยบัตรทองในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ รักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเชิงบวก แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) เกณฑ์การให้คะแนน “เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5” “เห็นด้วยมาก = 4” “เห็นด้วยปานกลาง = 3” “เห็นด้วยน้อย = 2” และ “ไม่เห็นด้วย = 1”

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ สัปดาห์ที่ 1 พร้อมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ สัปดาห์ที่ 12 พร้อมทั้งสรุปและอภิปรายผลโครงการวิจัยเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อให้สมบูรณ์รูปแบบกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.4.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

3.4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติอนุमान

Paired sample t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดให้นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการใช้บริการด้วยบัตรทองในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ ภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติอนุमान Paired sample t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดให้ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระยะที่ 4 ประเมินผลภายหลังรูปแบบการสร้าง ความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตเทศบาลนคร นครสวรรค์ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ ป่วยบัตรทอง โดยการเปรียบเทียบอัตราผู้มาใช้บริการด้วยบัตรทอง ระหว่างร้านยาที่อยู่ในเขตที่มีการใช้รูปแบบฯ กับร้านยาที่อยู่นอกเขตที่ไม่มีการใช้รูปแบบฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ เก็บรวบรวมข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยบัตรทอง ในร้านยา Common illness ก่อนการใช้รูปแบบฯ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 ถึง 31 พฤศจิกายน 2566 และหลังจากการใช้รูปแบบฯ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรค ในการเข้าถึงบริการร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ Common illness ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์

1. การให้บริการของร้านยา Common illness จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในเภสัชกรประจำร้าน

1.1 ข้อมูลพื้นฐาน จังหวัดนครสวรรค์มีร้านขายยาทั้งหมด จำนวน 172 แห่ง มีร้านยา Common illness จำนวน 14 ร้าน (ร้อยละ 8.14) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 11 ร้าน เป็นร้านยาที่อยู่ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ จำนวน 6 ร้าน มีการใช้บริการของผู้ป่วยบัตรทองเฉลี่ยเดือนละ 85.88 รายต่อร้าน ในขณะที่ร้านยาที่อยู่นอกเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ จำนวน 5 ร้าน มีการใช้บริการของผู้ป่วยบัตรทองเฉลี่ยเดือนละ 180.5 รายต่อร้าน

1.2 สถานการณ์การเข้าถึงการให้บริการร้านยา Common illness พบว่า ประชาชนไม่ค่อยทราบโครงการ

แม้จะมีการติดป้าย “ร้านยาคุณภาพของฉัน เจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ ดูแลด้วยการใช้บัตรทอง” ส่วนใหญ่ลูกค้าไม่ค่อยเห็น เพราะป้ายไม่โดดเด่น หรือดูแล้วไม่สื่อถึงกิจกรรม หรือรายละเอียดที่ให้บริการ ทำให้ต้องประชาสัมพันธ์เพิ่ม โดยการตรวจสอบสิทธิให้กับลูกค้าที่มาซื้อยา สำหรับอาการที่ผู้ป่วยบัตรทองมาใช้บริการพบว่า อันดับแรก คือ ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ รองลงมาคือไข้ ไอ เจ็บคอ สำหรับความคิดเห็นของเภสัชกร ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโครงการ เพราะทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงยาที่ครอบคลุมทุกอาการที่เจ็บป่วย ไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางไปในสถานบริการสุขภาพของรัฐที่มีความแออัด และรอคอยนาน และเป็นการเปิดบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน และได้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยในโรคหรืออาการอื่นเพิ่มขึ้น ทั้งยังช่วยคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากโรคอื่น ๆ ได้ เนื่องจากเภสัชกรที่เวลามากพอที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย สำหรับการติดตามอาการใน 72 ชั่วโมงนั้นอาจมีอุปสรรค ในด้านผู้ป่วยไม่รับโทรศัพท์หรือไม่อ่านไลน์ ทำให้ต้องเสียเวลาในการติดตาม ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น มีบางที่ให้กลับมารักษาเพิ่ม มีส่วนน้อยที่แนะนำให้ไปพบแพทย์ ส่วนความกังวลใจพบประเด็นความถี่ที่ผู้ป่วยมาใช้บริการ รวมถึงการขอยาในรายการที่ต้องการตลอดจนการใช้บัตรประชาชนคนอื่นมาแสดง

2. ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการใช้บริการร้านยา Common illness จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ด้านการเข้าถึงการให้บริการของร้านยา Common illness พบว่า

2.1 การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พบว่า ส่วนใหญ่จะดูแลเบื้องต้นก่อน หากมีอาการไม่ดีขึ้นจะไปร้านยาเป็นลำดับแรก เนื่องจากมีความสะดวกและใช้เวลาไม่มาก เสียค่าใช้จ่ายบ้างแต่ยังดีกว่าไปหน่วยบริการของรัฐ มีบางคนเชื่อว่าร้านขายยาทุกร้าน มีเภสัชกรเป็นผู้ขาย แม้จะไม่ได้ใส่เครื่องแบบและมีความเชื่อมั่นในการให้บริการโดยเภสัชกร

2.2 ประสบการณ์การใช้บริการในร้านยา Common illness พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูลดังกล่าว ไม่เคยมีใครมาแจ้ง ไม่ทราบว่าร้านไหนไม่เคยเห็นป้ายแสดง ยังเข้าใจว่าบัตรทองสามารถใช้ที่หน่วยบริการของรัฐเท่านั้น มี 1 รายที่เคยไปใช้บริการร้านยา

Common illness จากการแนะนำของเภสัชกรร้านยา มี 2 รายที่เคยได้ยินจากสื่อโทรทัศน์ว่ารับยาฟรีโดยใช้บัตรประชาชนใบเดียว รู้ว่ามี 16 อาการแต่ไม่ทราบว่าอาการอะไรบ้าง และมี 2 รายไปยื่นบัตรประชาชนแก่เภสัชกรร้านยา แต่เภสัชกรแจ้งว่าต้องมีใบส่งแพทย์ ซึ่งทุกวันนี้ยังคงไปซื้อยาที่ร้านยาโดยต้องจ่ายเงินเหมือนทุกครั้ง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการเข้าถึงร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทอง โดยใช้แนวคิดแบบจำลองความรู้ V-Shape ร่วมกับกลยุทธ์ในการบอกต่อข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการใช้สื่อ Social media ภาพและเสียง และฝึกทักษะสร้างประสบการณ์การเข้าถึงร้านยา Common illness ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเข้าถึงข้อมูล (Access skill) ได้แก่ การค้นหาข้อมูลหน่วยบริการ โดยจัดทำแผนปลิวที่แสดงสิทธิประโยชน์ สัญลักษณ์ และแผนที่สถานที่ตั้งของร้านยา Common illness ขั้นตอนการใช้บริการและข้อควรระวัง

กิจกรรมที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) ได้แก่ การจัดกระบวนการคิด วิเคราะห์ แยกแยะ และการส่งเสริมความรู้ใช้บัตรทองในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ และสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ

กิจกรรมที่ 3 ทักษะการสื่อสารโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน (Communication skill) ได้แก่ การฝึกทักษะความสามารถในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับใช้ในการพัฒนาตนเอง

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ได้แก่ แจกคู่มือให้แก่ อสม. เพื่อนำไปแจกยาสมุนไพรจากเภสัชกรในร้านยา Common illness ตามแผนที่พร้อมสังเกตสัญลักษณ์ที่แสดงร้านยา Common illness เพื่อประเมินการตัดสินใจ และสร้างประสบการณ์ตรงในด้านการเข้าถึงสถานบริการ

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติเรียนรู้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและการบอกต่อ (Media literacy skill) ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง

กิจกรรมที่ 7 การสื่อสารแบบปากต่อปากจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งหรืออีกกลุ่มหนึ่ง (Word of Mouth Marketing) และการส่งข้อมูลต่อกันโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Viral Marketing) โดยให้ผู้เข้าร่วมฝึกอบรม แจกข่าวสารและประชาสัมพันธ์โครงการร้านยา Common illness เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ ของผู้ป่วยบัตรทองในเขตรับผิดชอบของตนเอง

**ระยะที่ 3** ผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทอง

3.1 ข้อมูลทั่วไปและวิธีการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 62.3 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือน้อยกว่า ร้อยละ 33.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 11.01 ปี

มีสิทธิการรักษาคือสิทธิบัตรทอง ร้อยละ 77.2 ใช้สิทธิบัตรทองมากที่สุด คือ โรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ รพ.สต. ร้อยละ 24.1 ร้านขายยา ร้อยละ 3.1 การดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักจะดูแลตัวเองก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจะไปซื้อยาที่ร้านยา โดยเมื่อศึกษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการตามโครงการร้านยา Common illness พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปซื้อยามากกว่าไปใช้บริการในสถานบริการของรัฐ ได้แก่ ไข้หวัด ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท้องเสีย ผื่นคัน บาดแผล ในขณะที่ความผิดปกติเกี่ยวกับหู ตา และปัสสาวะแสบขัด จะเลือกไปโรงพยาบาล เมื่อสอบถามถึงรู้จักโครงการเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถไปรับบริการที่ร้านขายยาโดยใช้สิทธิบัตรทอง พบร้อยละ 56.1 รับรู้มาจากบุคคลใกล้ชิดมากที่สุด ร้อยละ 54.1 และจากสื่อโซเชียล ร้อยละ 36.7

3.2 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทอง พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการสร้างความรู้ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความคิดเห็นในการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นฯ เพิ่มขึ้น 7.51 ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 5.67 ถึง 9.35 (Table 1)

**Table 1:** Comparison of village health volunteers' opinions before and after implementing the health literacy model to promote access to services at Common Illness pharmacies for Gold Card patients. (n = 98)

Opinions of village health volunteers	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}_{diff}$	SD <sub>diff</sub>	t	95%CI for $\bar{x}_{diff}$	p-value
Before	45.51	9.13					
After	53.02	2.47	7.51	9.16	8.12	5.67 – 9.35	< .001

3.3 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทอง พบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบการสร้างความรู้ เพื่อส่งเสริมการ

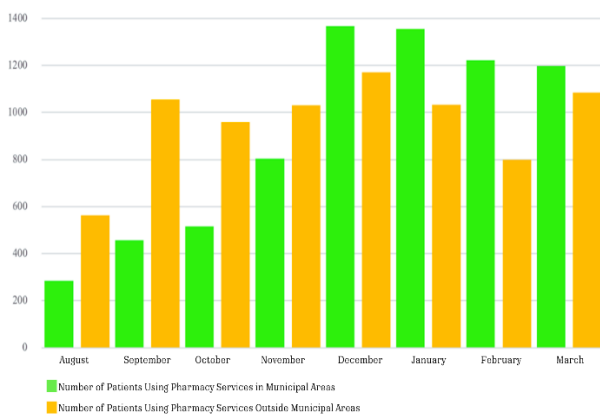
เข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ฯ เพิ่มขึ้น 4.48 ช่วงเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 3.91 ถึง 5.05 (Table 2)

**Table 2:** Comparison of the health literacy of village health volunteers before and after implementing the health literacy model to promote access to services at Common Illness pharmacies for Gold Card patients. (n = 98)

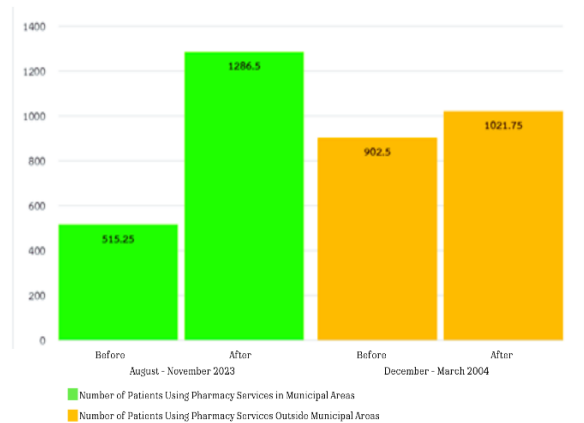
Health literacy of village health volunteers	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}_{diff}$	$SD_{diff}$	t	95%CI for $\bar{X}_{diff}$	p-value
Before	1.91	2.36					
After	6.39	2.31	4.48	2.84	15.63	3.91 – 5.05	< .001

**ระยะที่ 4** ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยบัตรทองที่เข้ารับบริการในร้านยา Common illness ระหว่างร้านยาในเขตเทศบาลและร้านยานอกเขต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการให้บริการในร้านยา Common illness ของ

ผู้ป่วยบัตรทอง ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ พบว่าผู้ป่วยบัตรทองในเขตเทศบาล เข้าถึงร้านยา Common illness เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 149.67 ส่วนนอกเขตเทศบาลที่ไม่ใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยบัตรทอง เข้าถึงร้านยา Common illness เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.21 (Chart 1 and Chart 2)



**Chart 1:** Comparison of the Number of Pharmacy Users in Municipal and Non-Municipal Areas



**Chart 2:** Comparison of the Number of Pharmacy Users in Municipal and Non-Municipal Areas Before and After Implementing the Health Literacy Promotion Model

## อภิปรายผล

1. สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ในการเข้าถึง บริการร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ Common illness ก่อนมีการใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเทศบาลนครนครสวรรค์ พบว่า เขตสุขภาพที่ 3 มีจำนวนร้านยา Common illness น้อยเป็นลำดับที่ 12 ใน 13 เขตสุขภาพ และจังหวัด นครสวรรค์ มีร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ Common illness ร้อยละ 8.14 โดยมีผู้ป่วยบัตรทองมาใช้บริการใน ร้านยาเขตเทศบาลนครสวรรค์เฉลี่ยเดือนละ 85.88 รายต่อร้าน หรือเฉลี่ย 2.86 รายต่อร้านต่อวัน สอดคล้อง กับการศึกษาของ Parinyarux and Suwannaprom (2014) พบว่า ร้อยละ 46.0 ผู้ประกอบการยังไม่สนใจเข้าร่วม โครงการร้านขายยา Common illness โดยเกิดจาก ข้อจำกัดทั้งจากทางร้านยาและจากข้อจำกัดอื่น ๆ เช่น การขาดการประชาสัมพันธ์ ขาดการให้ประโยชน์ที่เป็น รูปธรรมกับร้านยา เป็นต้น ร้อยละ 44.0 สนใจเข้าร่วม โครงการแต่ยังลังเล เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ทราบรายละเอียด การเข้าร่วมโครงการ ไม่เห็นประโยชน์ที่ชัดเจนของ โครงการ และยังไม่เห็นด้วยกับการเก็บค่าธรรมเนียม ในการเข้าร่วมโครงการ แต่อย่างไรก็ตามเภสัชกรส่วนใหญ่ มีความเชื่อว่าร้านยาตนเองมีศักยภาพในการเข้าร่วม โครงการ และเห็นด้วยกับการนำโครงการร้านยาคุณภาพ มาบังคับใช้ตามกฎหมาย

2. สำหรับการดูแลสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วย เล็กน้อย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมักจะดูแลตัวเองก่อน เมื่อ อาการไม่ดีขึ้นจึงจะไปซื้อยาที่ร้านยา โดยอาการที่นิยม ไปซื้อยากินเอง ได้แก่ ไข้ หวัด ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ท้องเสีย ผื่นคัน บาดแผล สอดคล้องกับ การศึกษาของ Sripirom et al. (2017) ได้ศึกษาการดูแล รักษาพยาบาลตนเองของประชาชนไทย พบว่า ประชาชน มีการดูแลตนเอง โดยซื้อยาแผนปัจจุบันมารักษา โดยไม่ ไปสถานบริการทางการแพทย์ร้อยละ 27.2 และเป็นผู้ที่มีสิทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 27.8 ซึ่งอาการส่วนใหญ่ คือ โรคหวัด ไอ มีน้ำมูก ร้อยละ 44.4 มีค่าใช้จ่ายมาตรฐาน ของการซื้อยามารักษาตนเองต่อครั้งเป็นเงิน 60 - 120 บาท เช่นเดียวกับการศึกษาของ Udomwitid et al. (2023) ได้ศึกษาแนวทางการถ่ายโอนบริการด้านยาจาก

โรงพยาบาลสู่ร้านยาชุมชน จากการสำรวจประชาชน ในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ประสบปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล พบว่า รอแพทย์นาน ร้อยละ 84.3 รอรับยานาน ร้อยละ 74.1 สำหรับพฤติกรรมการใช้บริการร้านยาส่วนใหญ่จะเลือก ไปร้านยาใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงาน และมักจะไปร้านยา 2-3 เดือนต่อครั้ง

3. ความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ภายหลังจากใช้รูปแบบส่งเสริมความรู้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เพิ่มขึ้นจากก่อน การใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 4.48 แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jaroensoo (2021) พบว่า ภายหลังจากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ารับโปรแกรมความรู้ ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยความรู้มากขึ้น อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางใน การนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสอดคล้องกับ Naphattharathanakun (2024) พบว่า เมื่อส่งเสริมรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขภายใต้ แนวคิดสมาร์ทโมเดล พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีการ เปลี่ยนแปลงความคิดสร้างสุขด้วยตนเอง จัดทำ แผนการดูแลตนเอง บันทึกพฤติกรรม กำหนดเป้าหมาย การสื่อสารสุขภาพ เสริมพลังสร้างเครือข่าย และสร้าง เส้นทางสู่ฝันวันแห่งความสำเร็จ นำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี ขึ้น

4. ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริม การเข้าถึงการใช้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทองในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ พบว่า ผู้ป่วยบัตรทองเข้ารับบริการในร้านยา Common illness เพิ่มขึ้น ร้อยละ 149.67 แสดงถึงเมื่อมีการสร้างความรอบรู้ ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความ ชัดเจนทั้งในด้านสิทธิประโยชน์ มีสื่อที่สามารถเข้าใจและ ง่ายต่อการสื่อสารที่สำคัญคือการมีกิจกรรมที่ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีประสบการณ์ตรง

ในการเข้าถึงร้านยาตามโครงการ ทำให้เข้าใจและมีประเด็นความเชื่อมั่น ได้แก่ โครงการสิทธิบัตรทองเจ็บป่วยเล็กน้อยในร้านขายยา โดยมีความคิดเห็นได้แก่การไม่ต้องเสียเวลาการทำงานและไม่ต้องลางาน (เห็นด้วยร้อยละ 87.7) การใช้บริการด้วยบัตรทองในร้านขายยา Common Illness เป็นเรื่องที่ดีจึงจะบอกต่อแก่คนใกล้ชิด เพื่อนฝูง และสาธารณะ (เห็นด้วยร้อยละ 83.0) โครงการนี้ช่วยประหยัดเวลา หรือช่วยลดเวลาการรอรับยาที่สถานพยาบาลของรัฐ (เห็นด้วยร้อยละ 76.3) โครงการนี้ทำให้สะดวกในการเดินทาง สามารถใช้บริการร้านยาใกล้บ้าน (เห็นด้วยร้อยละ 75.6) เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเข้าใจ ได้มีโอกาสซักถามข้อมูล นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมั่นใจในการทดลองใช้บริการและบอกต่อ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรอบรู้ตามแบบจำลอง V-Shape 6 องค์ประกอบได้ คือ การเข้าใจ การเข้าใจ การตอบโต้ซักถาม และแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ การเสริมสร้างและพัฒนาพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีผลต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคล ชุมชนและสังคม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (Vechsutthanon, 2020) และเมื่อมีการเริ่มใช้บริการในร้านยา Common illness มากขึ้น จะเป็นการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบการบอกต่อ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับการบอกต่อแบบปากต่อปาก ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความประทับใจในสินค้า หรือบริการ นั้นจึงต้องการบอกเล่าประสบการณ์ และผลลัพธ์ไปยังบุคคลอีกบุคคลหนึ่ง วิธีการสื่อสารแบบบอกต่อมีอิทธิพลในการจูงใจและโน้มน้าวลูกค้าให้เกิดความสนใจได้ (Solomon, 2011) และสอดคล้องกับ Rozen (2002) กล่าวไว้ว่า กลยุทธ์ในการบอกต่อข่าวสารจากบุคคลหนึ่ง ไปยังบุคคลหนึ่ง (Buzz marketing) เป็นการประชาสัมพันธ์ข่าวสารโดยการบอกต่อกันไปเรื่อย ๆ จนทำให้การสร้างประสิทธิภาพในการกระจายข่าวสารได้เป็นอย่างดี ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การสื่อสารแบบปากต่อปากจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งหรืออีกกลุ่มหนึ่ง (Word of Mouth Marketing) พฤติกรรมดังกล่าวทำให้ข้อมูลหรือข่าวสารเป็นเรื่องที่คนพูดถึง (Talk of the town) และ 2) การส่งข้อมูลต่อกันโดยใช้สื่อ

อิเล็กทรอนิกส์ (Viral Marketing) ซึ่งการพัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตและเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ให้มีความล้ำหน้ามากขึ้น จะยิ่งทำให้การกระจายข้อมูลในรูปแบบ Viral Marketing มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Rozen, 2002) เช่นเดียวกับการตลาดแบบปากต่อปากเป็นวิธีการที่สามารถขยาย หรือกระจายข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว โดยการบอกต่อกันเป็นทอด ๆ มีขอบเขตการบอกกันในครอบครัว คุนรู้จักและกลุ่มเพื่อนเป็นกลยุทธ์ที่สามารถสร้างการเติบโตให้กับธุรกิจที่เพิ่งเริ่มต้นได้ (Lake, 2010)

### สรุปผล

การใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการเข้าถึงการใช้บริการในร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทองในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติและเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและลงมือปฏิบัติเพื่อเข้าถึงเป้าหมาย ผ่านการชี้แจงด้านสิทธิประโยชน์ ด้วยสื่อที่สามารถเข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน และสามารถบอกต่อได้สะดวก เป็นการสร้างความรอบรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ตามทฤษฎีการสร้างความรู้และทฤษฎีพื้นฐานแบบปากต่อปาก ซึ่งเป็นส่วนเสริมต่อการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบเดิม รวมถึงการมีความคิดเห็นและทัศนคติที่ดีต่อโครงการฯ สามารถทำให้เกิดการเข้าถึงร้านยา Common illness ของผู้ป่วยบัตรทองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นบุคคลต้นแบบของพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพ รวมถึงสามารถสื่อสารและส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนารูปแบบความรอบรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขให้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยส่งเสริมความรอบรู้ที่ชัดเจน จนเกิดความมั่นใจในการสื่อสารและพัฒนางานนั้นจนเกิดประสิทธิผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

2. ควรมีการรวบรวมและประเมินผลงานทางวิชาการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก หรือการสรุปผลการดำเนินงานของร้านยา Common illness ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นต้นแบบ สำหรับประชาสัมพันธ์และสร้างความเชื่อมั่นให้ร้านยาอื่น ๆ ให้เข้าร่วมโครงการร้านยา Common illness ให้มากยิ่งขึ้น

3. ควรส่งเสริมการให้บริการในอาการอื่น ๆ ที่ควรมีในร้านยา Common illness เป็นการเพิ่มบทบาทของวิชาชีพเภสัชกร รวมถึงเพิ่มศักยภาพ ให้เป็นหน่วยบริการที่มีการส่งเสริมการให้ความรอบรู้ หรือการเฝ้าระวังการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมแก่ชุมชน

## References

- Bunpitaksakun D. et al. (2021). Capacity Development of Village Health Volunteers to Promote and Support Mental Health. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(4), 99-101.
- Department of Health. (2022, 5 May). *Strategic Plan for the Development of Health Promotion and Environmental Health Systems According to the 12<sup>th</sup> National Health Development Plan*. <http://planning.anamai.moph.go.th>.
- Indhrratana, A. (2014). Health literacy of Health Professionals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 174-178.
- Jaroensoo, K. (2021). The Effectiveness of the Development Program on Health Literacy and Behaviors of Village Health Volunteers in Singburi Municipality, *Singburi Province. Singburi Hospital Journal*, 30(1), 72-90.
- Jirawatkul, A. (2011). Sample Size Adjusted for non-adherence. *Journal of Health Science of Thailand*, 20(1), 1-2.
- Lake, L. (2010). *The passion conversation : understanding, sparking, and sustaining word of mouth marketing*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Lertsinudom S. et al. (2024). *Evaluation of community pharmacy-based common illness services outcomes in Universal coverage ( Research Report )*. Health Systems Research Institute (HSRI). <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6056?locale-attribute=th>
- Naphattharathanakun, N. (2024). *Developing model of strengthening health literacy and health behavior for village health volunteers Ban Chiang Subdistrict Health Promotion Office, Nong Han District Udon Thani Province*. Udon Thani Provincial Public Health Office. <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MjJw>
- National Health Security Office. (2024, 5 May). *List of Common Illness Pharmacies for 16 Symptoms*. [https://www.nhso.go.th/page/List\\_of\\_retail\\_pharmacies](https://www.nhso.go.th/page/List_of_retail_pharmacies)
- Ngamjarus, C. (2021). *Sample Size Calculation for Health Science Research*. Khon Kaen: Khon Kaen University.
- Parinyarux P. & Suwannaprom P. (2014). Attitudes and Stage of Change Towards Participation to the Community Pharmacy Development and Accreditation Project of Pharmacist Drug Store Owners in Muang District, Chiang Mai Province. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(4), 164-169.
- Rozen, L. B. (2002). *The anatomy of buzz : How to create word-of-mouth marketing (2nd ed.)*. USA.: Dumbleday.



- Solomon, M. R. (2011). *Consumer behavior : buying, having, and being* (9<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River N.J.: Prentice Hall.
- Sripirom R. et al. (2017). Self Medication among Thai People by Buying Medicines from Community Pharmacy. *Journal of Health Systems Research*, 11(3), 369-377.
- Udomwitid S. et al. (2023). *Approach and Feasibility for Transfer Pharmacy Service from Hospital to Community Pharmacy* (Research Report). Health Systems Research Institute (HSRI). <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5831?locale-attribute=th>
- Vechnutthanon, K. (2020, 29 October). Health Literacy (HL). Urban Health Development Institute Department of Health. <https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwi-hl/198251>

## THE STUDY OF CHEST RADIOGRAPH OF POST COVID-19 PNEUMONIA AT RANONG HOSPITAL

Kornkanok Naraweerawut<sup>1,\*</sup>

Received: January 23, 20234

<sup>1</sup> Ranong hospital, Ranong 85000, Thailand

Received: August 12, 2024

Corresponding author; E-mail: Jaa.medtu@gmail.com \*

Accepted: August 19, 2024

Citation: Naraweerawut K. (2024). The Study of Chest Radiograph of Post Covid-19 Pneumonia at Ranong Hospital. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(2), 38-47.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

### ABSTRACT

This research aimed to study the characteristics of chest radiographs following recovery from COVID-19 pneumonia in patients at Ranong Hospital between January 1 and December 31, 2022. Data collection was conducted using patient records and the Picture Archiving and Communication System (PACS). Descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, were employed to describe general patient information and chest radiograph findings. The study included 166 patients with an average age of 66.8 years, comprising 51.2% females and 48.8% males. The average time between hospital admission and follow-up chest radiographs was 11.7 weeks. The results showed that 43 patients (25.9%) had completely normal chest radiographs, and 41 patients (24.7%) exhibited reduced abnormalities compared to initial imaging. Among the residual abnormalities, ground-glass opacity was observed in 43 patients (47.3%), consolidation in 31 patients (34%), reticular infiltration in 10 patients (11.0%), and other findings in 7 patients (7.7%). The residual abnormalities were predominantly distributed in the peripheral and lower lung regions bilaterally. In conclusion, the majority of post-recovery chest radiographs in COVID-19 pneumonia patients returned to normal, with only a subset of patients exhibiting residual abnormalities that could be detected via chest radiography. Therefore, chest radiography, which is widely available at all levels of healthcare in Thailand, is cost-effective and exposes patients to lower radiation doses compared to computed tomography (CT). It is an effective tool for initial follow-up of complications in patients recovering from COVID-19 pneumonia.

**Keywords:** COVID-19 pneumonia; Chest radiograph; Follow-up chest radiograph

## การศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ในโรงพยาบาลระนอง

รับบทความ: 23 มกราคม 2567

แก้ไขล่าสุด: 12 สิงหาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 19 สิงหาคม 2567

กรกนก นราวีรุฒิ<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> โรงพยาบาลระนอง, จังหวัดระนอง 85000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: Jaa.medtu@gmail.com \*

อ้างอิง: กรกนก นราวีรุฒิ. (2567). การศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ในโรงพยาบาลระนอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(2), 38-47.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ในโรงพยาบาลระนอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2565 โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเป็นการสรุปข้อมูลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบ Picture archiving and communication system (PACS) และใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปทั้งข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลลักษณะภาพทรวงอก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 166 คน มีอายุเฉลี่ย 66.8 ปี เป็นเพศหญิงและเพศชายร้อยละ 51.2 และ 48.8 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ถ่ายภาพรังสีทรวงอกนับจากวันที่นอนโรงพยาบาลและวันที่รักษาหายมีค่าเฉลี่ย 11.7 สัปดาห์ โดยพบว่าภาพรังสีทรวงอกเคยมีรอยโรคในวันนอนโรงพยาบาลหายเป็นปกติ และมีการลดลงของรอยโรค เท่ากับ 43 ราย (ร้อยละ 25.9) และ 41 ราย (ร้อยละ 24.7) ตามลำดับ ภาพรังสีทรวงอกที่ยังพบรอยโรคส่วนใหญ่เป็นลักษณะฝ้าขาว (Ground-glass opacity) และหนาทึบ เท่ากับ 43 ราย (ร้อยละ 47.3) และ 31 ราย (ร้อยละ 34) ตามลำดับ มีเพียงบางส่วนที่พบลักษณะเส้น (Reticular infiltration) และอื่น ๆ เท่ากับ 10 ราย (ร้อยละ 11) และ 7 ราย (ร้อยละ 7.7) ตามลำดับ พบลักษณะการกระจายของรอยโรคที่หลงเหลือเด่นที่ปอดส่วนนอกและส่วนล่าง (Peripheral, bilateral lower lungs) สรุป ส่วนใหญ่ภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 รอยโรคจะหายเป็นปกติ มีเพียงบางส่วนที่ยังพบรอยโรคและสามารถตรวจพบรอยโรคนั้นได้โดยใช้ภาพรังสีทรวงอก ดังนั้น ภาพรังสีทรวงอกที่มีพร้อมใช้ในสถานพยาบาลทุกระดับของประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่าและผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีน้อยกว่า เมื่อเทียบกับภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเริ่มต้นติดตามภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยปอดอักเสบจากโควิด 19

**คำสำคัญ:** โรคปอดอักเสบจากโควิด 19; ภาพรังสีทรวงอก; การติดตามภาพรังสีทรวงอก

## บทนำ

โควิดคือโรคติดต่อซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา เริ่มระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2019 และมีการระบาดแพร่กระจายเป็นวงกว้าง โดยเชื้อชนิดนี้ทำให้เกิดปอดอักเสบ (Lu et al., 2020) อาการของผู้ป่วยมีตั้งแต่ไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ อ่อนเพลีย จนถึงอาการปานกลางและรุนแรง เช่น ปอดอักเสบ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome, ARDS) ภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต (Septic shock) และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (National Institutes of Health of the U.S. Department of Health and Human Services, 2021) โดยลักษณะภาพรังสีทรวงอก (Chest radiograph, CXR) ของผู้ป่วยโควิดกล่าวคือลักษณะรอยโรคเป็นฝ้าขาว (Ground-glass opacity) หนาทึบ (Consolidation) โดยตำแหน่งปอดที่ผิดปกติมักพบทั้งสองข้างของปอด บริเวณซั้วปอดถึงปอดตำแหน่งกระบังลม และกระจายบริเวณส่วนนอกของปอด (Bilateral, Middle to lower lung zones, Peripheral distribution) (Smith et al., 2020)

ภาวะแทรกซ้อนหลังปอดอักเสบจากโควิดที่สามารถพบได้ เช่น ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะพังผืดในปอด (Lung fibrosis) (Ojo et al., 2020) โดยเมื่อติดตามภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกที่ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หายหรือเหลือรอยโรคฝ้าขาว (Ground-glass opacity) ตามลำดับ มีเพียงหนึ่งในสามที่พบพังผืดที่เนื้อปอด (Han et al., 2021) ในปัจจุบันการติดตามรอยโรคปอดหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 มีการศึกษาในต่างประเทศโดยใช้ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก (Chest CT) เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะที่ดีกว่าภาพรังสีทรวงอก แต่การตรวจด้วยภาพรังสีทรวงอก (CXR) มีข้อได้เปรียบหลายประการ เช่น มีพร้อมใช้ในสถานพยาบาลทุกระดับ ค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า และผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีน้อยกว่า โดย Musat และคณะได้ทำการศึกษาโดยการตรวจด้วยภาพได้ทำการศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่ 10-12 สัปดาห์ พบว่า รอยโรคส่วนใหญ่หายหรือลดลง

(จำนวน 36 ราย จาก 41 ราย) (Musat et al., 2021) เช่นเดียวกับ Alarcón-Rodríguez et al. (2021) ที่ใช้ภาพรังสีทรวงอกติดตามรอยโรคปอดหลังรักษาหายของผู้ป่วยโดยหากพบความผิดปกติจะทำการตรวจโดยใช้ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกในลำดับถัดไป

เนื่องจากการศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ยังมีจำนวนน้อยในประเทศไทย งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ในโรงพยาบาลระนอง เพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ภาพรังสีทรวงอกติดตามอาการของผู้ป่วยหลังรักษาหายโควิดได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำขึ้น

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา** คือ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ในโรงพยาบาลระนองในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยมี

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) :

1) ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่มีภาพรังสีทรวงอกในระหว่างนอนโรงพยาบาลระนองตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565

2) ผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) :

1) ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโควิด 19

2) ผู้ป่วยไม่มีภาพติดตามรังสีทรวงอก

**เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล** โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case record form) เป็นการสรุปข้อมูลผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบ Picture archiving and communication system (PACS) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ถ่ายภาพรังสีทรวงอก นับจากวันที่นอนโรงพยาบาลถึงวันที่มีภาพรังสีทรวงอกติดตาม

ส่วนที่ 2 ลักษณะภาพรังสีทรวงอกวันที่นอนโรงพยาบาล จำนวน 3 ข้อ แปลผลโดยรังสีแพทย์ ได้แก่

1) ลักษณะภาพรังสีทรวงอก ประกอบด้วย ลักษณะฝ้าขาว (Ground glass opacity) ลักษณะหนาทึบ (Consolidation) ลักษณะเส้น (Reticular infiltration) อื่น ๆ (Other)

2) ลักษณะการกระจายตัวในท่าตัดขวางโดยแบ่งเป็นเด่นที่ปอดส่วนนอก (Peripheral distribution) หรือปอดส่วนบริเวณซุ้มปอด (Perihilar distribution) อื่น ๆ (Other)

3) ลักษณะการกระจายตัวในแนวบนล่าง แบ่งเป็นพื้นที่ทั้งสองข้างของปอดส่วนล่าง (Bilateral lower lungs) พื้นที่ของปอดส่วนล่างด้านขวา (Right lower lung) พื้นที่ของปอดส่วนล่างด้านซ้าย (Left lower lung) อื่น ๆ (Other)

ส่วนที่ 3 ลักษณะภาพรังสีทรวงอกวันที่รักษาหายจำนวน 3 ข้อ แปลผลโดยรังสีแพทย์ ได้แก่

1) ลักษณะภาพรังสีทรวงอก ประกอบด้วย ลักษณะฝ้าขาว (Ground glass opacity) ลักษณะหนาทึบ (Consolidation) ลักษณะเส้น (Reticular infiltration) อื่น ๆ (Other)

2) ลักษณะการกระจายตัวในท่าตัดขวางโดยแบ่งเป็นเด่นที่ปอดส่วนนอก (Peripheral distribution) หรือปอดส่วนบริเวณซุ้มปอด (Perihilar distribution) อื่น ๆ (Other)

3) ลักษณะการกระจายตัวในแนวบนล่าง แบ่งเป็นพื้นที่ทั้งสองข้างของปอดส่วนล่าง

(Bilateral lower lungs) พื้นที่ของปอดส่วนล่างด้านขวา (Right lower lung) พื้นที่ของปอดส่วนล่างด้านซ้าย (Left lower lung) อื่น ๆ (Other)

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ชั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนองเพื่อขอเก็บข้อมูลและเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองก่อนการเก็บข้อมูล

4.2 ชั้นดำเนินการ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลระนองตามตัวแปรที่กำหนดไว้ และทำการแปลผลลักษณะภาพรังสีทรวงอกวันที่นอนโรงพยาบาลและวันที่รักษาหายตามตัวแปรที่กำหนดไว้

4.3 เมื่อทำการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้อัปโหลด (Coding) เพื่อให้ข้อมูลอยู่ในรูปของตัวเลข ทำการบันทึกในรูปแบบ Excel

4.4 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ควบคุมคุณภาพของข้อมูล ก่อนทำการวิเคราะห์ ประมวลผลและจัดทำเล่มรูปรายงานวิจัย

#### 5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไป ทั้งข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลลักษณะภาพทรวงอก

#### 6. การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง หมายเลขรับรอง COE-No. 002/2566 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2566

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อโควิดและได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่โรงพยาบาลระนองตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยมีภาพรังสีทรวงอก

หลังรักษาหายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 166 คน

ผลการวิจัยต่อไปนี้ จำแนกการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ลักษณะภาพรังสีทรวงอกวันที่นอนโรงพยาบาล และ 3) ลักษณะภาพรังสีทรวงอกวันที่รักษาหาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีอายุอยู่ระหว่าง 66.8 ปี อายุเฉลี่ย  $66.8 \pm 18.9$  ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.8 เพศหญิงร้อยละ 51.2 ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.5 วัน ระยะเวลาที่ถ่ายภาพรังสีทรวงอกนับจากวันที่นอนโรงพยาบาลและวันที่รักษาหายมีค่าเฉลี่ย 11.7 สัปดาห์ (Table 1)

**Table 1:** Demographic data

Variable	Sample size (n)	Percent
Sex		
Male	81	48.8%
Female	85	51.2%
Age	Means $66.8 \pm 18.9$ years	
Duration of admission	Means $11.5 \pm 7.6$ days	
Week of follow up CXP	Means 11.7	
0-12 weeks	114	68.6%
13-24 weeks	21	12.7%
25-48 weeks	29	17.5%
> 48 weeks	2	1.2%

2. ลักษณะภาพรังสีทรวงอกวันที่นอนโรงพยาบาล พบว่า ภาพรังสีทรวงอกส่วนใหญ่ผิดปกติจำนวน 134 ราย (ร้อยละ 80.7) โดยเป็นลักษณะฝ้าขาว (Ground-glass opacity) และหนาทึบ (Consolidation) เท่ากับ 85 ราย (ร้อยละ 63.5) และ 44 ราย (ร้อยละ 32.8) ตามลำดับ

พบลักษณะการกระจายตัวในท่าตัดขวาง โดยส่วนใหญ่เด่นที่ปอดส่วนนอก (Peripheral distribution) จำนวน 121 ราย (ร้อยละ 90.3)

พบลักษณะการกระจายตัวในแนวบนล่าง โดยส่วนใหญ่เด่นที่พื้นที่ทั้งสองข้างของปอดส่วนล่าง (Bilateral lower lungs) จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 46.3) (Table 2)

**Table 2:** CXP of COVID-19 pneumonia during hospital admission.

Variable	Sample size (n)	Percent
No infiltration	32	19.3%
Infiltration	134	80.7%
Ground-glass opacity	85	63.5%
Consolidation	44	32.8%
Reticular infiltration	2	1.5%
Others	3	2.2%

Table 2: (Continued)

Variable	Sample size (n)	Percent
Peripheral distribution		
Peripheral location	121	90.3%
Perihilar location	1	0.8%
Others	12	8.9%
Vertical distribution		
Bilateral lower lungs	62	46.3%
Right lower lung	6	4.5%
Left lower lung	22	16.4%
Others	44	32.8%

3. ลักษณะภาพรังสีทรวงอกวันที่รักษาหายพบว่าภาพรังสีทรวงอกเคยมีรอยโรคในวันที่นอนโรงพยาบาลหายเป็นปกติ และมีการลดลงของรอยโรค

เท่ากับ 43 (ร้อยละ 25.9) และ 41 (ร้อยละ 24.7) ตามลำดับ มีเพียงบางส่วนที่พบว่ารอยโรคเพิ่มขึ้นจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 18.1) (Figure 1)



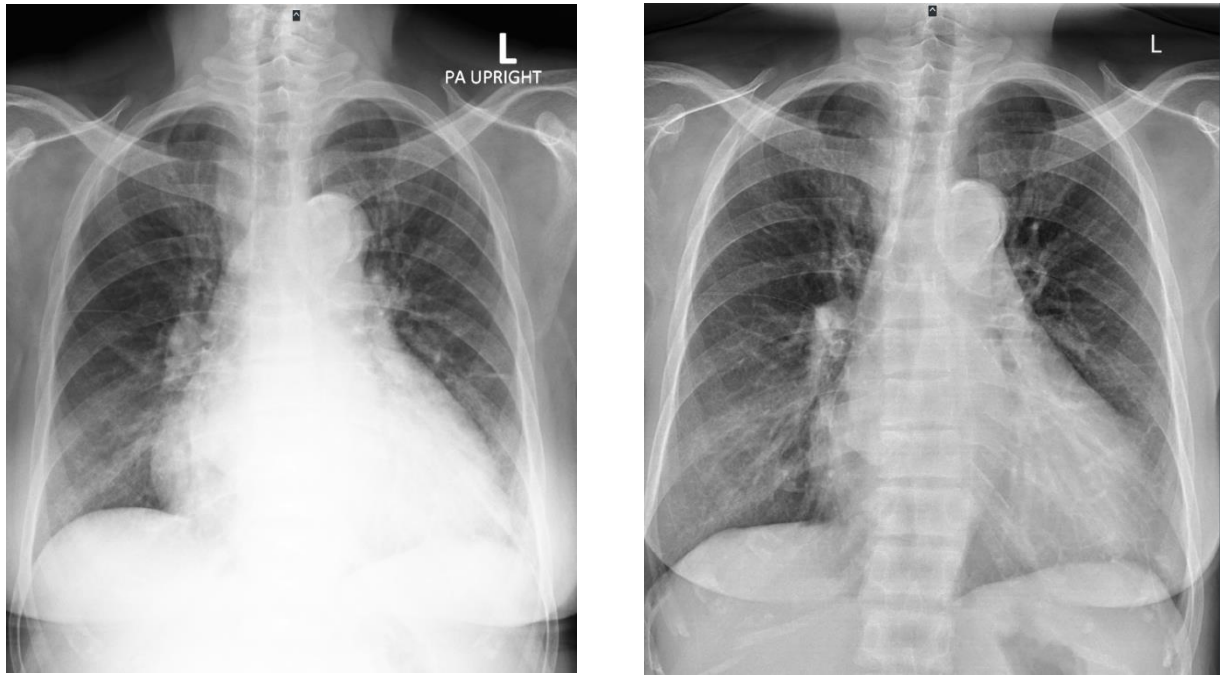
Figure 1: CXR in a 46-year-old-female presented with COVID-19 pneumonia.

A) During admission, ground-glass opacity in bilateral peripheral lower lungs

B) At 12 weeks later, no pulmonary infiltration.

การศึกษาพบว่าภาพรังสีทรวงอกที่ยังพบรอยโรคเป็นลักษณะฝ้าขาว (Ground-glass opacity) และหนาทึบ (Consolidation) เท่ากับ 43 ราย (ร้อยละ 47.3) และ 31 ราย (ร้อยละ 34) ตามลำดับ มีเพียงบางส่วนที่

พบลักษณะเส้น (Reticular infiltration) และอื่น ๆ เท่ากับ 10 ราย (ร้อยละ 11) และ 7 ราย (ร้อยละ 7.7) ตามลำดับ (Figure 2)



**Figure 2:** CXR in a 59-year-old-female presented with COVID-19 pneumonia.

- A) During admission, ground-glass opacity in bilateral peripheral lower lungs
- B) At 20 weeks later, decreased ground-glass opacity in bilateral peripheral lower lungs.

พบลักษณะการกระจายตัวในท่าตัดขวาง โดยส่วนใหญ่เด่นที่ปอดส่วนนอก (Peripheral distribution) จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 85.7)

พบลักษณะการกระจายตัวในแนวบนล่างโดยส่วนใหญ่เด่นที่พื้นที่ทั้งสองข้างของปอดส่วนล่าง (Bilateral lower lungs) จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 45.0) (Table 3)

**Table 3:** CXR of post-COVID-19 pneumonia.

Variable	Sample size (n)	Percent
CXP status on follow up		
Clear	43	25.9%
Improving disease	41	24.7%
Progressive disease	30	18.1%
Stable disease	19	11.4%
New infiltration	1	0.6%
No infiltration	75	45.2%
infiltration	91	54.8%
Ground-glass opacity	43	47.3%
Consolidation	31	34.0%
Reticular infiltration	10	11.0%
Others	7	7.7%



Table 3: (Continued)

Variable	Sample size (n)	Percent
Peripheral distribution		
Peripheral location	78	85.7%
Perihilar location	2	2.2%
Others	11	12.1%
Vertical distribution		
Bilateral lower lungs	41	45.0%
Right lower lung	5	5.5%
Left lower lung	14	15.4%
Other	31	34.1%

### อภิปรายผล

จากการศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ในโรงพยาบาลระนองที่ระยะเวลาเฉลี่ย 11.7 สัปดาห์พบว่ารอยโรคส่วนใหญ่หายเป็นปกติและมีการลดลงของรอยโรคตามลำดับลักษณะรอยโรคหลังเหลือส่วนใหญ่เป็นลักษณะฝ้าขาว (Ground-glass opacity) หนาทึบ (Consolidation) และเส้น (Reticular infiltration) ตามลำดับ โดยพบลักษณะการกระจายตัวเด่นที่ปอด ส่วนนอกและส่วนล่าง (Peripheral, bilateral lower lungs)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Creamer และคณะได้ทำการศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 พบว่าที่ค่าเฉลี่ย 9.6 สัปดาห์รอยโรคส่วนใหญ่หายเป็นปกติ (จำนวน 34 ราย จาก 49 ราย, ร้อยละ 71.7) (Creamer et al., 2021) เช่นเดียวกับ Musat et al. (2021) ได้ทำการศึกษาลักษณะภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่ 10-12 สัปดาห์พบว่ารอยโรคส่วนใหญ่หายหรือลดลง (จำนวน 36 ราย จาก 41 ราย)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Parry et al. (2021) ที่ทำการศึกษาภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Chest CT) ของผู้ป่วยปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่ค่าเฉลี่ย 100.6 วันพบว่ารอยโรคส่วนใหญ่หายเป็นปกติ (จำนวน 46 ราย จาก 81 ราย, ร้อยละ 56.8) ในรายที่หลงเหลือรอยโรค (จำนวน 35 รายจาก 81 ราย, ร้อยละ 43.2) พบว่า รอยโรค

เป็นลักษณะฝ้าขาว (จำนวน 16 รายจาก 35 ราย, ร้อยละ 45.7) และลักษณะเส้น (จำนวน 9 รายจาก 35 ราย, ร้อยละ 25.7) ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Han et al. (2021) ได้ทำการศึกษาภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Chest CT imaging) ของผู้ป่วยปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังติดเชื้อ พบว่ารอยโรคส่วนใหญ่หายหรือจางลง (จำนวน 74 ราย จาก 114 ราย, ร้อยละ 65) ในรายที่หลงเหลือรอยโรคส่วนใหญ่เป็นลักษณะพังผืด (Fibrotic-like changes) หรือฝ้าขาวที่มีลักษณะจางลง

จากผลการศึกษาวิจัยฉบับนี้ที่พบว่าส่วนใหญ่ภาพรังสีทรวงอกหลังรักษาหายของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 รอยโรคจะหายเป็นปกติ มีเพียงบางส่วนที่ยังพบรอยโรคและยังคงสามารถตรวจพบรอยโรคนั้นได้โดยใช้ภาพรังสีทรวงอก ดังนั้นการใช้ภาพรังสีทรวงอกที่สามารถทำได้ในสถานพยาบาลทุกระดับของประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่าและผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีน้อยกว่าเมื่อเทียบกับภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเริ่มต้นติดตามภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยปอดอักเสบจากโควิด 19 โดยหากพบความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอก American College of Radiology (2020); British Thoracic Society (2020) ได้ให้คำแนะนำในการส่งผู้ป่วยทำภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Chest CT) ในลำดับถัดไป

## สรุปผล

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ได้เก็บรวบรวมลักษณะภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยหลังรักษาหายจากโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระนองระหว่างวันที่ 1 มกราคม– 31 ธันวาคม 2565 โดยพบวาร์รอยโรคส่วนใหญ่หายเป็นปกติและมีการลดลงของรอยโรคตามลำดับ ลักษณะรอยโรคที่หลงเหลือส่วนใหญ่เป็นลักษณะฝ้าขาว (Ground-glass opacity) หนาทึบ (Consolidation) และเส้น (Reticular infiltration) ตามลำดับ มีการกระจายตัวเด่นที่ปอดส่วนนอกและส่วนล่าง (Peripheral, Bilateral lower lungs) ทำให้เป็นประโยชน์สำหรับการนำองค์ความรู้นี้ไปใช้ในการติดตามภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยจากโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีพร้อมใช้ในสถานพยาบาลทุกระดับ ค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่าและปริมาณรังสีน้อยกว่าการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

## ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือ การนำผลการวิจัยศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแนวทางการใช้ภาพรังสีทรวงอกติดตามผู้ป่วยปอดอักเสบจากโควิด 19
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้การศึกษามีความครอบคลุมและน่าเชื่อถือมากขึ้น ควรมีการเก็บข้อมูลโดยเพิ่มระยะเวลาและเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

## References

Alarcón-Rodríguez J. et al. (2021). Manejo y seguimiento radiológico del paciente post-COVID-19. *Radiología*, 63(3), 258–269. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.02.003>

American College of Radiology. (2020). *ACR recommendations for the use of chest radiography and computed tomography (CT) for suspected COVID-19 infection*. <https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID19-Infection>

British Thoracic Society. (2020). *British Thoracic Society guidance on respiratory follow up of patients with a clinico-radiological diagnosis of COVID-19 pneumonia (Version 1.2)*. <https://www.brit-thoracic.org.uk/covid-19/covid-19-information-for-the-respiratory-community/>

Creamer A. W. et al. (2021). Clinico-radiological recovery following severe COVID-19 pneumonia. *Thorax*, 76(Suppl 1), A185. <https://doi.org/10.1136/thorax-2020-BTSabstracts.320>

Han X. et al. (2021). Six-month follow-up chest CT findings after severe COVID-19 pneumonia. *Radiology*, 299(1), E177–E186. <https://doi.org/10.1148/radiol.2021203153>

Lu H. et al. (2020). Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 401–402. <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>

Musat C. A. et al. (2021). Observational study of clinico-radiological follow-up of COVID-19 pneumonia: A district general hospital experience in the UK. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 1233. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06941-8>

- National Institutes of Health of the U.S. Department of Health and Human Services. (2021). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines*. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>
- Ojo A. S. et al. (2020). Pulmonary fibrosis in COVID-19 survivors: Predictive factors and risk reduction strategies. *Pulmonary Medicine*, 2020, 6175964. <https://doi.org/10.1155/2020/6175964>
- Parry A. H. et al. (2021). Medium-term chest computed tomography (CT) follow-up of COVID-19 pneumonia patients after recovery to assess the rate of resolution and determine the potential predictors of persistent lung changes. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 52(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s43055-021-00434-z>
- Smith D. et al. (2020). A characteristic chest radiographic pattern in the setting of the COVID-19 pandemic. *Radiology: Cardiothoracic Imaging*, 2(5), e200280. <https://doi.org/10.1148/ryct.2020200280>

## THE RELATIONSHIP BETWEEN THE BIG FIVE PERSONALITY FACTORS AND STRESS IN MASTER'S STUDENTS IN PSYCHOLOGY AT RAMKHAMHAENG UNIVERSITY

Waranya Ketkaew<sup>1,\*</sup>, Ueathip Kongkrathan<sup>2</sup>

Received: June 25, 2023  
Received: August 21, 2024  
Accepted: August 25, 2024

<sup>1</sup> Bachelor of Science Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University, Bangkok 10240, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Education, Ramkhamhaeng University, Bangkok 10240, Thailand

Corresponding author; E-mail: 6304002238@rumail.ru.ac.th \*

Citation: Ketkaew W., Kongkrathan U. (2024). The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Stress in Master's Students in Psychology at Ramkhamhaeng University. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(2), 48-56.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

### ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the relationship between the Big Five personality traits and stress among Master's degree students in the Master of Science in Psychology program, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University. The sample consisted of 66 Master's students from the aforementioned program, selected through simple random sampling. The research instruments included a Big Five Personality Traits Scale with a reliability of 0.88 and a Stress Assessment Scale from the Stress Relief Handbook (revised version), published by the Department of Mental Health in 2012. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, mean, and standard deviation, as well as Pearson's correlation coefficient to examine relationships, with statistical significance set at the .05 level. The results showed that the sample had high levels of personality traits related to extraversion, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness, while they had low levels of neuroticism. Both male and female students exhibited normal levels of stress. Students majoring in counseling psychology and those enrolled in the bi-semester learning format experienced mild stress. The study found a moderate positive correlation between neuroticism and stress, which was statistically significant at the .05 level. Conversely, there was a low negative correlation between agreeableness and stress, also statistically significant at the .05 level. Based on these findings, the program should consider developing an educational plan that fosters agreeableness and openness to experience to help reduce student stress.

**Keywords:** Big Five Personality Traits; Stress; Students

## ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดของนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

รับบทความ: 18 มิถุนายน 2566  
แก้ไขล่าสุด: 21 สิงหาคม 2567  
ตอบรับตีพิมพ์: 25 สิงหาคม 2567

วรัญญา เกตุแก้ว<sup>1,\*</sup>, เอื้อทิพย์ คงกระพันธ์<sup>2</sup>

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ 10240, ประเทศไทย

<sup>2</sup> คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ 10240, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: 6304002238@rumail.ru.ac.th \*

อ้างอิง: วรัญญา เกตุแก้ว, เอื้อทิพย์ คงกระพันธ์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดของนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 39(2), 48-56.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดของนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง จำนวน 66 คน จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 และแบบวัดความเครียดจากคู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุง) ปี พ.ศ. 2555 ของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบแบบแสดงตัว แบบเปิดรับประสบการณ์ แบบประนีประนอมแบบมีมีโนสำนึกต่อหน้าที่การทำงานอยู่ในระดับสูง แต่มีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวทางอารมณ์ในระดับต่ำ นักศึกษาฯ ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความเครียดระดับปกติทั่วไป นักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษาและที่เรียนรูปแบบการเรียนแบบทวิภาค มีความเครียดเล็กน้อย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบและความเครียด พบว่า บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ได้แก่ บุคลิกภาพด้านหวั่นไหวทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านประนีประนอม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นทางหลักสูตรควรมีการจัดแผนการศึกษาในการพัฒนาบุคลิกภาพแบบประนีประนอมและบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ เพื่อลดความเครียดของนักศึกษา

**คำสำคัญ:** บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ; ความเครียด; นักศึกษา

## บทนำ

โลกกำลังพัฒนาอย่างก้าวกระโดดความเปลี่ยนแปลงไม่ว่าเล็กหรือใหญ่เกิดขึ้นในทุก ๆ วัน ทั้งในด้านเทคโนโลยีและสังคม ซึ่งย่อมนำความเครียดมาสู่ผู้ที่ไม่อาจดำเนินชีวิตตามความพึงพอใจของตน โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่ไม่อยู่นิ่งเช่นนี้ (Surapongpiwatana, 2022) ความเครียดเกิดขึ้นเมื่อร่างกายมีความปรารถนาในสิ่งใดสิ่งหนึ่งและมีอุปสรรคมาขัดขวางไม่ให้ร่างกายได้รับสิ่งที่ต้องการ ความคับข้องใจจึงเกิดขึ้น และความเครียดเป็นสภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลมาจากที่บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่กดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ (Department of Mental Health, 2022) จากการเก็บข้อมูลด้วยระบบ Mental Health Check-In ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 พบว่าประชาชนในประเทศไทยมีผู้เสี่ยงซึมเศร้าถึง 75,399 คน คิดเป็นร้อยละ 4.99 เป็นผู้มี ความเครียดสูง 59,943 คน คิดเป็นร้อยละ 3.96 และเป็นผู้เสี่ยงฆ่าตัวตาย 40,639 คน คิดเป็นร้อยละ 2.69 โดยในจำนวนนี้ เป็นผู้เสี่ยงซึมเศร้าอยู่ในวัยทำงานร้อยละ 79.03 รองลงมาเป็นผู้เรียนร้อยละ 20.04 เป็นผู้มี ความเครียดสูงในวัยทำงานร้อยละ 84.01 เป็นวัยเรียนร้อยละ 15.31 และเป็นผู้เสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยทำงานร้อยละ 86.29 รองลงมาเป็นผู้เรียนร้อยละ 13.44 (Department of Mental Health, 2022) ตลอดจนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง พบว่าตั้งแต่การเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 เกิดกรณีการที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเองถึง 31,258 ครั้ง โดยร้อยละ 62.4 ไม่เสียชีวิต และร้อยละ 18.2 เสียชีวิต (Department of Mental Health, 2022)

ทั้งนี้ บุคลิกภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อความเครียดต่างกัน โดยการที่บุคคลหนึ่งต้องอยู่ในสถานการณ์ทางสังคมอันขัดต่อบุคลิกภาพตามปกติของตนย่อมนำมาสู่ความเครียด และการเลือกวิชาเอกที่เรียนเป็นการตัดสินใจที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นในระยะยาว ทั้งด้านอาชีพ สังคม และเศรษฐกิจ จึงนับเป็นการตัดสินใจสำคัญที่ควรผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบครอบโดยคำนึงถึงหลายปัจจัย ซึ่งการพิจารณา ลักษณะบุคลิกภาพของตนเองก็เป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่มีผลโดยมาก เนื่องจากบุคลกรด้านจิตวิทยาจำเป็นต้อง

เรียนรู้และเข้าใจสภาพทางสังคมที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดอย่างมีความสุข โดยบุคคลจะรับรู้และมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคมอย่างไรก็ย่อมขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน โดยบุคลิกภาพเป็นผลรวมของคุณลักษณะและพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งอย่างทั้งด้านสติปัญญาจนถึงความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งนักจิตวิทยาหลายท่านมีความคิดเห็นว่าการศึกษาเรื่องบุคลิกภาพจะช่วยให้เข้าใจ และสามารถคาดคะเนพฤติกรรมในอนาคตได้ (Hall et al, 1997) บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบจึงมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้คนในสังคม ถ้าบุคคลมีลักษณะอย่างใดลักษณะหนึ่งอย่างหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว หรือมากเกินไป ไม่เหมาะสมแล้ว บุคคลนั้นย่อมประสบปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น บุคลิกภาพจึงมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมเป็นอันมาก โดยในสายอาชีพทางจิตวิทยา นอกจากความรู้เพื่อการปฏิบัติงานแล้ว คุณสมบัติที่สำคัญที่สุดคือ ลักษณะที่เป็นมิตรน่าเข้าหา และความสามารถเป็นผู้ฟังที่ดี รวมถึงมีความสามารถในการสื่อสารที่ดี เปิดรับความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน และสามารถจัดการอารมณ์ความรู้สึกของตนได้ดี (Taylor and MacRae, 2011) ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของลักษณะการเปิดรับประสบการณ์ และความประนีประนอมที่สูง และลักษณะความไม่มั่นคงทางอารมณ์ที่ต่ำ

ในการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบและความเครียดของนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ตลอดจนความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดที่จะมีประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจ สร้างเสริม และสนับสนุนให้นักศึกษาปริญญาโทสามารถปรับตัว และจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยหวังว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลและองค์การที่เกี่ยวข้อง ในการนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการศึกษาหรือพัฒนาให้บุคคลสามารถปรับบุคลิกภาพให้เหมาะสมและจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ในนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดของนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดของนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 ถึงกันยายน 2565 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

### 1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ภาควิชาการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 82 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ภาควิชาการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ [Krejcie and Morgan \(1970\)](#) และทำการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์จากแบบวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ และแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง จากคู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่) ปี พ.ศ. 2555 จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คือ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส วิชารูปแบบการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed Ended Question) ให้เลือกตอบ และเติมคำตอบลงช่องว่างที่กำหนดให้ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 คือ แบบวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ (Big Five Inventory) ซึ่งได้รับอนุญาตนำมาใช้จากแบบสอบถามของ [Phromwan \(2014\)](#) โดยสร้างตามแนวคิดของ [Costa and McCrae \(2000\)](#) มีระดับความเชื่อมั่นที่ 0.88 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 33 ข้อ โดยแต่ละข้อบอกลักษณะตามหมวดหมู่ ประกอบด้วย 1) ความหวุ่นไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) มีจำนวน 6 ข้อ 2) การแสดงตัว (Extraversion) มีจำนวน 6 ข้อ 3) การเปิดรับประสบการณ์ (Openness) มีจำนวน 5 ข้อ 4) ความประนีประนอม (Agreeableness) มีจำนวน 7 ข้อ 5) มโนสำนึกต่อหน้าที่การงาน (Conscientiousness) มีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed Ended Question) ให้เลือกตอบ มีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ โดยคำถามเชิงบวก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน, ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, เห็นด้วยเล็กน้อย = 4 คะแนน, เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน, และคำถามเชิงลบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน, ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย = 4 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, เห็นด้วยเล็กน้อย = 2 คะแนน, เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน, การแปลความหมายกำหนดเกณฑ์ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้ 4.5 - 5.00 หมายถึง บุคลิกภาพอยู่ในระดับสูงมาก, 3.50 - 4.49 หมายถึง บุคลิกภาพอยู่ในระดับสูง, 2.50 - 3.49 หมายถึง บุคลิกภาพอยู่ในระดับปานกลาง, 1.50 - 2.49 หมายถึง บุคลิกภาพอยู่ในระดับต่ำ, 1.00 - 1.49 หมายถึง บุคลิกภาพอยู่ในระดับต่ำมาก

ตอนที่ 3 คือ แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2555) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นการสอบถามพฤติกรรม และความรู้สึกในระยะเวลา 2 เดือน

ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 – 5 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบไม่จริงจัง ไม่แน่ใจในคำถาม, 6 – 17 คะแนน หมายถึง ปกติ ไม่เครียด, 18 – 25 คะแนน หมายถึง เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย, 26 - 29 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง, 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เครียดมาก

3. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส วิชาเอก รูปแบบการศึกษา และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์ระดับบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ และระดับความเครียด ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียด ด้วยสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 66 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.9 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 21.2 มีอายุมากกว่า 32 ปี ร้อยละ 38.2 รองลงมา มีช่วงอายุ 28 – 32 ปี

ร้อยละ 34.9 ส่วนมากมีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 76.5 สถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว(คู่) ร้อยละ 15.2 เป็นนักศึกษาในวิชาเอกจิตวิทยาการปรึกษา ร้อยละ 77.27 และเป็นนักศึกษาในวิชาเอกจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ ร้อยละ 22.73 มีรูปแบบการศึกษาแบบทวิภาค ร้อยละ 59.1 และเรียนแบบ Block Course ร้อยละ 40.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 35.3 และมีรายได้ในช่วง 15,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 33.3

2. ผลการศึกษาระดับบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ในนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบโดยรวม (Overall) อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 3.62, SD = 0.11) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านได้ดังนี้ ด้านเปิดรับประสบการณ์ (Openness to Experience) อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 4.36, SD = 0.57) ด้านการมีโน้มน้าต่อการงาน (Conscientiousness) อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 4.12, SD = 0.69) ด้านประนีประนอม (Agreeableness) อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 4.11, SD = 0.60), และด้านการแสดงตัว (Extraversion) อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 3.55, SD = 0.90) ขณะที่บุคลิกภาพด้าน วัณไหวทางอารมณ์ (Emotional Instability) อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}$  = 1.94, SD = 0.71) (Table 1)

**Table 1:** Study Results on the Big Five Personality Traits of Master's Degree Students in the Master of Science in Psychology Program, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University. (n = 66)

Five Personality Traits in Each Dimension	$\bar{X}$	SD	Interpretation
1. Emotional Instability	1.94	0.71	Low
2. Extraversion	3.55	0.90	High
3. Openness to Experience	4.36	0.57	High
4. Agreeableness	4.11	0.60	High
5. Conscientiousness	4.12	0.69	High
<b>Overall</b>	<b>3.62</b>	<b>0.11</b>	<b>High</b>



3. ผลการศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า นักศึกษา ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความเครียดระดับปกติทั่วไป นักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

(Counseling Psychology) มีความเครียดเล็กน้อย (Mildly stressed) และนักศึกษาที่เรียนรูปแบบการเรียนแบบทวิภาค (Semester-based Learning) มีความเครียดเล็กน้อย (Mildly stressed) (Table 2)

**Table 2:** Study Results on Stress Levels of Master's Degree Students in the Master of Science in Psychology Program, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University. (n=66)

Stress Levels of Master's Degree Students		$\bar{x}$	SD	Stress Levels
Gender	Male	16.57	14.87	Normal
	Female	17.13	11.14	Normal
Major	Counseling Psychology	19.12	12.45	Mildly stressed
	Industrial and Organizational Psychology	9.87	5.79	Normal
Study Format	Semester-based Learning	14.47	11.70	Normal
	Block Course	20.46	11.49	Mildly stressed

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบและความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ได้แก่ บุคลิกภาพด้านวันไหวทางอารมณ์ (Emotional Instability) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง (Moderate) กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านประนีประนอม (Agreeableness)

มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อย (Weak) กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการแสดงตัว (Extraversion) ด้านเปิดรับประสบการณ์ (Openness to Experience) และด้านการมีโนสำนึกต่อหน้าที่การงาน (Conscientiousness) ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด (Table 3)

**Table 3:** Results of the analysis of the relationship between the Big Five personality traits and the stress levels of the sample group. (n = 66)

Five Personality Traits in Each Dimension	Correlation coefficient ( $r_{xy}$ )	p-value	level
1. Emotional Instability	0.464	< .001*	Moderate
2. Extraversion	-0.039	.758	Very weak
3. Openness to Experience	-0.136	.277	Very weak
4. Agreeableness	-0.332	.007*	Weak
5. Conscientiousness	-0.007	.955	Very weak

### อภิปรายผล

1. การศึกษาระดับบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ในนักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบด้านการแสดงตัว ด้านเปิดรับประสบการณ์ ด้านประนีประนอม และด้านการมีมโนสำนึกต่อหน้าที่การงานในระดับสูง ขณะที่บุคลิกภาพด้านหวั่นไหวทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ สาเหตุเนื่องจากนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยา ส่วนมากมีลักษณะบุคลิกภาพเหมาะสมที่เอื้อต่อการเรียน และทำงานเกี่ยวข้องกับวิชาชีพจิตวิทยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ มีลักษณะการแสดงตัวและประนีประนอม เพื่อสร้างและดำรงสัมพันธ์ภาพกับผู้คน มีลักษณะเปิดรับประสบการณ์ เพื่อเรียนองค์ความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอ เพื่อพัฒนาตนเอง มีลักษณะมีมโนสำนึกต่อหน้าที่การงาน เพื่อที่จะสามารถรับผิดชอบภาระหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีลักษณะความหวั่นไหวทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ เพื่อที่จะสามารถรับมือกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในสายอาชีพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamau-Seng (2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างควบคุมตนเอง บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ บรรยากาศองค์การกับพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของบุคลากร ในองค์การแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่าเฉลี่ยบุคลิกภาพด้านการแสดงตัว ด้านเปิดรับประสบการณ์ ด้านประนีประนอม และด้านการมีมโนสำนึกต่อหน้าที่การงานในระดับสูง แต่มีคะแนนค่าเฉลี่ยบุคลิกภาพด้านหวั่นไหวทางอารมณ์ต่ำเช่นกัน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Jarokhokkrud et al. (2021) ที่ศึกษาบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวสัมพันธ์กับความเครียดของโปรแกรมเมอร์ในช่วงแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019

2. การศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีความเครียดอยู่ในระดับปกติไม่แตกต่างกัน ส่วนนักศึกษาที่วิชาเอกและรูปแบบการศึกษาต่างกัน มีความเครียดต่างกัน โดยนักศึกษาวិชาเอกจิตวิทยาการศึกษามีความเครียดสูงกว่า

นักศึกษาวิชาเอกจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาวิชาเอกจิตวิทยาการศึกษามีจำนวนชั่วโมงปฏิบัติที่มากกว่า นักศึกษาจึงจำเป็นต้องวางแผนการเนและการเก็บชั่วโมงการฝึกปฏิบัติการศึกษาทางจิตวิทยาทั้งหมด 600 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stundick (1993) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านการฝึกฝนด้านวิชาชีพส่งผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษา นอกจากนี้นักศึกษาที่เรียนแบบ Block Course มีความเครียดสูงกว่าเรียนแบบทวิภาคเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเรียนในรูปแบบ Block Course นักศึกษามีจำนวนมากกว่า การเรียนเป็นการเรียนแบบ 1 วัน ต่อสัปดาห์ และเรียนวันละ 12 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shigemi (1997) ที่กล่าวว่าความเครียดเกิดจากปัจจัยเรื่องงานและอาชีพ นอกจากนี้ Sathirapania (2013) กล่าวว่านักศึกษาปริญญาโทที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และเรียนภาคปกติมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและเครียดน้อยกว่า

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับความเครียดในนักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า บุคลิกภาพด้านความหวั่นไหวทางอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด และบุคลิกภาพด้านประณีประนอมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากด้านความหวั่นไหวทางอารมณ์มีผลต่อความสามารถในการจัดการความเครียดที่เผชิญ และบุคลิกภาพด้านประณีประนอมมีความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมการทำงานของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างอยู่มาก เพราะการศึกษาในสาขาจิตวิทยา เป็นวิชาชีพเกี่ยวกับการสื่อสารที่จะต้องพบปะพูดคุยกับผู้คนเป็นประจำ การมีบุคลิกภาพด้านนี้สูงจึงส่งผลให้การทำงานเป็นไปโดยราบรื่น ส่งผลให้มีความเครียดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamau-Seng (2018) พบว่าบุคลิกภาพด้านการแสดงตัว ด้านเปิดรับประสบการณ์ ด้านประนีประนอม และด้านการมีมโนสำนึกต่อหน้าที่การงานมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความเป็นสมาชิกที่ดี

ขององค์กร ความสามารถในการควบคุมตัวเอง และการรับรู้บรรยากาศองค์กรที่ดี โดยบุคลิกภาพด้านความหวั่นไหวทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jarokhokkrud et al. (2021) พบว่าบุคลิกภาพด้านหวั่นไหวทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด และการศึกษาของ Kaewkomol and Smuthranond (2018) พบว่า บุคลิกภาพแบบหวั่นไหวทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ในขณะที่บุคลิกภาพแบบมีมโนสำนึกต่อหน้าที่ การงาน บุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพแบบประณีประณอม และบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

## สรุปผล

ระดับบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบในนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง มีบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบโดยรวม อยู่ในระดับสูง นักศึกษาสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษาที่เรียนรูปแบบการเรียนแบบทวิภาค มีความเครียดเล็กน้อย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบและความเครียด พบว่า บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบด้านบุคลิกภาพ ด้านหวั่นไหวทางอารมณ์และด้านประณีประณอม มีความสัมพันธ์กับความเครียด ดังนั้นทางหลักสูตรควรมีการจัดแผนการศึกษาในการพัฒนาบุคลิกภาพแบบประณีประณอมและบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์เพื่อลดความเครียดของนักศึกษา

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำไป

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบแบบหวั่นไหวทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด บุคลากรหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมให้นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยรามคำแหง มีความมั่นคงทางอารมณ์ที่จะส่งผลให้ความเครียดลดลง

1.2 บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบแบบประณีประณอมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ดังนั้นบุคลากรหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องควรจัดหาแนวทางพัฒนาให้นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง มีบุคลิกภาพแบบประณีประณอมมากขึ้น เพื่อให้ นักศึกษามีสุขภาพจิตดี สามารถเผชิญหน้าและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

### 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไปควรนำวิธีการเก็บข้อมูลอื่น ๆ เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต มาใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทำให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2.2 จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ควรทำการศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อให้ได้เครื่องมือที่ใช้ในการลดความเครียดและสร้างเสริมบุคลิกภาพให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

## References

- Costa P. T. & McCrae R. R. (2013). *Neo PI-R professional manual*. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/240133762\\_Neo\\_PIR\\_professional\\_manual](https://www.researchgate.net/publication/240133762_Neo_PIR_professional_manual)
- Department of Mental Health. (2022). *Mental Health Evaluation Data of Thai People*. Mental Health Check-In. <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>.
- Department of Mental Health. (2022). *Self-Harm Monitoring System*. <https://506s.dmh.go.th/Home>
- Department of Mental Health. (2022). *Tips for Saying Goodbye to Stress*. <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2469>
- Hall C. S. et al. (1997). *Theories of Personality*. John Wiley & Sons.

- Jarokhokkrud K. et al. (2021). The Relationship between Neuroticism and Stress among Programmers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6(6), 84 - 86.
- Kaewkomol K. & Smuthranond T. (2018) Relationships between Big Five Personality, Resilience, and Job Burnout of Operational Employee at the Energy Business Company. *KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences (Graduate Studies)*, 7(1), 141-153.
- Kamau-Seng, S. (2018). *The Relationship between Self-Control Five-Factor Personality, Organizational Climate, and Organizational Citizenship Behavior: A Study of Personnel in an Organization in Samut Prakan Province*. (Master's Thesis, Ramkhamhaeng University). Ramkhamhaeng University Central Library.
- Krejcie R. V. & Morgan D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Phromwan, S. (2014). *The Relationship between Perceived Organizational Ethical Climate, Five-Factor Personality and Good Organizational Citizenship Behavior: A Case Study of Non-Commissioned Officers in the 5<sup>th</sup> Cavalry Regiment, Saraburi Province*. ( Master's Thesis, Ramkhamhaeng University). Ramkhamhaeng University Central Library.
- Sathirapania, J. (2013). Stress Among University Students. *Journal of Liberal Arts, Maejo University*, 1(1), 42-48.
- Shigemi et al. (1997). The Relationship between job stress and mental health at work. *Industrial Health*, 35(1), 29-35.
- Stundick, B. (1993). *Adolescent Stress as a Predictor of Academic Achievement Attendance and Conduct*, Dissertation Abstract Internation.
- Surapongpiwatana, D. (January 2022). *Tips to Say Goodbye to Stress*. Doctor for the People. Retrieved from <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2469>.
- Taylor M. & MacRae A. (2011). What makes a good psychiatrist. *The Psychiatrist*, 35(2), 75-75.

## EFFECTS OF THE HEALTH LITERACY PROGRAM, COMBINED WITH "KHU SIAW SAN PHALUNG" TO PREVENT DRUG AVOIDANCE BEHAVIORS AT NON-PHO SRI WITTHAYAKHOM SCHOOL IN SAM SUNG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Namchai Padchasuwan<sup>1,\*</sup>

Received: February 29, 2024

Received: August 23, 2024

Accepted: August 26, 2024

<sup>1</sup> Non-Pho Sri Witthayakhom School, Sam Sung District, Khon Kaen Province 40170, Thailand

Corresponding author; E-mail: nam\_145@hotmail.com \*

Citation: Padchasuwan, N. (2024). Effects of the Health Literacy Program, Combined with "Khu Siaw San Phalung" to Prevent Drug Avoidance Behaviors at Non-Pho Sri Witthayakhom School in Sam Sung District, Khon Kaen Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(2), 57-70.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

### ABSTRACT

Drug addiction among children and youth poses a significant problem, particularly for students who will play key roles in national development. This quasi-experimental study examines the impact of a health literacy program combined with "Khu Siew San Phalung" on promoting drug prevention behaviors at Non Pho Si Witthayakhom School in Sam Sung District, Khon Kaen Province. The study involved two groups: the experimental group, consisting of 30 secondary school students from Non Pho Si Witthayakhom School who received the health literacy program and "Peer Power Partners" intervention, and the comparison group, with 30 students from Premtinnasulanon School who engaged in regular school activities. The intervention lasted for 10 weeks. Data was collected before and after the intervention using questionnaires and analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation), as well as Paired t-tests and Independent t-tests, with a significance level at .05. Results indicated that after the intervention, the experimental group scored an average of 12.75 points higher in health literacy related to drug prevention compared to the comparison group, with statistical significance (95% CI = 4.50 to 16.29; p-value < .001). Additionally, the experimental group's average score for drug prevention behaviors was 15.53 points higher than the comparison group, also statistically significant (95% CI = 7.36 to 9.30; p-value < .001). This indicates that the health literacy program combined with "Khu Siew San Phalung" is an effective approach for enhancing drug prevention behaviors and reducing drug issues in schools.

**Keywords:** Health literacy; Khu-Siao San Phalang (Empowerment Partner); Drug prevention behaviors

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ “คู่มือสวนพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด โรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

นำชัย ปัดชาสุวรรณ<sup>1,\*</sup>

รับบทความ: 29 กุมภาพันธ์ 2567

แก้ไขล่าสุด: 23 สิงหาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 26 สิงหาคม 2567

<sup>1</sup> โรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม อำเภอชำสูง, จังหวัดขอนแก่น 40170, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: 6304002238@rumail.ru.ac.th \*

อ้างอิง: นำชัย ปัดชาสุวรรณ. (2567). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ “คู่มือสวนพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด โรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 39(2), 57-70.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

## บทคัดย่อ

ปัญหาการเสพยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนซึ่งกำลังเติบโตไปเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาของประเทศชาติ การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ “คู่มือสวนพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด โรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างการวิจัยมี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ “คู่มือสวนพลัง” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาที่โรงเรียนเปรมติณสูลานนท์ จำนวน 30 คน เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการกิจกรรม 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.75 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 4.50 – 16.29 ; p-value < .001) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 15.53 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 7.36 - 9.30; p-value < .001) ดังนั้น การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดและลดปัญหาเสพยาเสพติดในโรงเรียน สามารถใช้แนวทางตามโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ “คู่มือสวนพลัง” ได้

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ; คู่มือสวนพลัง; พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด

## บทนำ

ปัจจุบันปัญหายาเสพติดมีแนวโน้มการแพร่ระบาดมากขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกประเทศทั่วโลก การแพร่ระบาดของยาเสพติดได้มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามสภาพความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของประเทศ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023) จากข้อมูลรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ พบว่า ในปีพ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 296 ล้านคนจากทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2573 แนวโน้มผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกจะมีประมาณ 299 ล้านคน (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC, 2023) สำหรับประเทศไทยถือเป็นอีกประเทศที่ต้องเผชิญกับปัญหา ยาเสพติด จากสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย โดยข้อมูลตามระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้เข้ารับการรักษาเสพติดจำนวน 192,584 ราย ประเภทของยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือยาบ้า ร้อยละ 85.15 รองลงมาคือเฮโรอีน กัญชา และยาไอซ์ (ร้อยละ 3.92, 3.45, 3.20 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหา ยาเสพติดแพร่ระบาดมากขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 12 -17 ปี จำนวน 9,527 ราย และเป็นเด็กนักเรียนและนักศึกษา จำนวน 5,014 ราย สำหรับข้อมูลสถิติด้านการใช้ยาเสพติดในจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้เกี่ยวข้องในการใช้ยาเสพติด จำนวน 7,475 ราย ซึ่งในอำเภอซำสูงมีจำนวนผู้เกี่ยวข้องในการใช้ยาเสพติด จำนวน 182 ราย อายุระหว่าง 12 -17 ปี จำนวน 14 ราย ประเภทของยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า ร้อยละ 99.45 (Office of the Secretary, Committee on Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts, Ministry of Public Health, 2023) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นนักเรียน เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากที่สุด ซึ่งกลุ่มเหล่านี้คืออนาคตของชาติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เริ่มก้าวเข้าสู่วัยรุ่น เป็นช่วงของการปรับตัว มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายสูงที่สุด ทำให้มีความอยากรู้

อยากลอง มีความเป็นตัวของตัวเอง หากเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด สมองจะถูกทำลายเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตประสาทอย่างถาวรในอนาคต ส่งผลถึงการเรียน และอาจชักชวนเพื่อนให้มายุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ทำให้ปัญหา ยาเสพติดเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น (Janthamungkun et al., 2020)

ปัญหาการเสพยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน นับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนที่กำลังเติบโตไปเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาของประเทศชาติ ด้วยปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวกระตุ้นและชักนำให้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับวงจรของยาเสพติด เช่น อายุที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะนั้นเป็นช่วงที่ขาดความรู้ขาดความยั้งคิด และเป็นช่วงแปรปรวนต่อสภาพอารมณ์ ทำให้มีการอยากรู้ อยากลอง การลอกเลียนแบบจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ปกครอง ความเสี่ยงที่เกิดจากสื่อที่มีการแสดงตัวอย่างจนทำให้เกิดความเข้าใจผิด เช่น ความเท่าเทียมที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ยังเกิดจากปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งสภาวะจิตใจที่ไม่เข้มแข็งจึงถูกชักจูงจากเพื่อนหรือคนรอบข้างได้ง่าย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดซึ่งเหตุปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมเสพยาเสพติดจนนำไปสู่ผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมา เช่น ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อตัวผู้เสพเองด้านร่างกายเพราะยาเสพติดทุกประเภทมีฤทธิ์เป็นอันตรายต่อระบบประสาท สมอง ซึ่งเปรียบเสมือนศูนย์บัญชาการของร่างกาย ทำให้สุขภาพของผู้เสพเสื่อมโทรม ร่างกายผอมซีด ป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ที่ยาเสพติดสามารถไปออกฤทธิ์ ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายลดลงเสี่ยงเป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า การเสพยาเสพติดส่งผลกระทบต่อระบบประสาททำให้ผู้ที่เสพยาเสพติดมีอารมณ์ไม่ปกติและมีอาการทางประสาท เช่น อ่อนไหวง่าย ซึม หรือเกรี้ยวกราด อารมณ์แปรปรวน บางครั้งจะก้าวร้าวรุนแรง มีความผิดปกติจากการสื่อสารในสมอง มีภาวะซึมเศร้า หูแว่ว หรือประสาทหลอน อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ อีกทั้งผลจากการใช้ยาเสพติด ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคเอดส์ และนำไปสู่การทำแท้งที่ตามมา

ด้านการเรียน พบว่า ผู้เสพยาเสพติดมักจะขาดสมาธิในการเรียน ความจำมีประสิทธิภาพลดลง ความร่วมมือในกิจกรรมการเรียนลดลง มาสายหรือขาดเรียนบ่อย และฝ่าฝืนกฎระเบียบของสถานศึกษา ในที่สุดอาจกลายเป็นบุคคลไร้สมรรถภาพ ทำให้ผลการเรียนลดลง พักหรือหยุดเรียน จนนำไปสู่การออกจากสถาบันการศึกษา ด้านครอบครัว พบว่า ผู้เสพยาเสพติดทำให้ทุกคนในครอบครัวเดือดร้อน ไม่มีความสุข ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของตนเองและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัว เป็นเหตุให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาจนอาจทวีความรุนแรงให้ครอบครัวแตกแยก นอกจากนี้ยังสูญเสียรายได้ของครอบครัว เนื่องจากมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการซื้อยาเสพติด หรือบำบัดรักษา ผู้ที่ติดยาเสพติดกลายเป็นภาระของคนในครอบครัว ด้านสังคมและประเทศชาติ พบว่า รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดการแก้ไขปัญหาสังคมที่มีต้นกำเนิดจากปัญหาเสพติดอีกมากมายที่ตามมา เช่น ปัญหาด้านสาธารณสุข ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาการก่ออาชญากรรม ทำให้ต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลอันมีค่าเกิดความไม่สงบสุขของบ้านเมือง ความมั่นคงของประเทศชาติถูกรบกวนกระทบกระเทือน ประชาชนเดือนร้อนเพราะเหตุอาชญากรรม ประเทศชาติต้องสูญเสียกำลังของชาติอย่างน่าเสียดาย โดยเฉพาะผู้ติดยาเสพติดที่เป็นเยาวชน นักเรียน นักศึกษา (Office of the Secretary, Committee on Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts, Ministry of Public Health, 2023; Health Promotion Foundation, 2023)

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดได้นั้น จะต้องมีความสามารถและทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมินความถูกต้อง และการนำข้อมูลไปใช้เพื่อตัดสินใจในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งแนวคิดนี้เรียกว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถและทักษะในการเสริมสร้างสุขภาพให้ดีขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ความคิดและความเป็นอยู่ (Sorensen et al., 2012) จากการศึกษาของ

Chomsri P. et al. (2023) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการควบคุมตนเองในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลาง มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง 3.09 เท่าของคนที่มีการควบคุมตนเองในระดับมากถึงมากที่สุด เนื่องจากบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จะมีความสามารถในการจัดการความรู้ อย่างเป็นกระบวนการได้ต่ำกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่งผลต่อการเกิดความยับยั้งชั่งใจ ความสามารถในการตัดสินใจ และการควบคุมตนเองได้ ในระดับที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสารเสพติดจะมีการควบคุมตนเองได้ดี โดยเริ่มจากการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดี และพัฒนาจนกระทั่งเกิดความสมดุลของกระบวนการคิด จนนำไปสู่การงดใช้สารเสพติด นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรม การป้องกันการเสพยาเสพติด เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่ได้รับ อันเป็นผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ช่วยลดระดับความเครียด เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Sunchai, 2011) และจากผลการศึกษาของ Phalanisong (2021) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด เนื่องจากเพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิของนักเรียนที่มีความสำคัญรองลงมาจากครอบครัว ดังนั้นเพื่อนจึงมีอิทธิพลในการสนับสนุนมากที่สุด จึงเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อบุคคล ในการป้องกันพฤติกรรมการเสพยาเสพติด เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีส่วนช่วยในการลดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาเสพติดและเป็นเกราะป้องกันผลลัพธ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพยาเสพติด ส่งเสริมการสร้างความรู้สึกรู้สึกที่เห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อการทำงานของร่างกาย ตลอดจนทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ



ร่วมกับคู่เสี่ยว “เสริมสุข” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาเสพติดในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาพบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาในจังหวัดขอนแก่นมาก่อน ดังนั้น เพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของนักเรียนตั้งแต่ระยะต้นให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงมีแรงจูงใจให้สามารถป้องกันตนเองจากการเสพยาเสพติด และนักเรียนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากเพื่อนหรือคู่เสี่ยว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับคู่เสี่ยว “เสริมสุข” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาเสพติดในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนโนนโพธิ์ศรี อำเภอลำสูง จังหวัดขอนแก่น ตามกรอบแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมจากคู่เสี่ยวหรือเพื่อน เนื่องจากเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาเสพติด อีกทั้งโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพยังเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันการเสพยาเสพติดในนักเรียน และลดผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ “คู่เสี่ยวสานพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด โรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม อำเภอลำสูง จังหวัดขอนแก่น

#### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.4 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1.1 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1.1 กลุ่มทดลอง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2566 กำลังศึกษาในโรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม อำเภอลำสูง จังหวัดขอนแก่น และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

1.1.2 กลุ่มเปรียบเทียบ คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2566 กำลังศึกษาในโรงเรียนเปรมติณสูลานนท์ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันตามสูตรดังนี้ (Jirawatkul, 2009)

สูตรที่ใช้คำนวณ

$$n/group = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

นำค่าที่ได้จากการคำนวณหาค่า Pool variance และค่าเฉลี่ย แทนค่า ดังนี้

$$n/group = \frac{2(29.14)(1.64+1.28)^2}{(51.37-47.10)^2}$$

$$= 25.05 \approx 26$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างสรุปได้ว่า ได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 26 คน ซึ่งการศึกษาในสถานการณ์จริงอาจเกิดการสูญหายจากการติดตามกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ได้แก่ เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) มีความสามารถพูดคุย สื่อสาร อ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน 2) มีสมาร์ทโฟนและสามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ 3) เป็นสมาชิกชมรม TO BE Number One 4) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย 5) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วม

การวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีประวัติการเสพยาเสพติด

การสุ่มตัวอย่าง ชั้นที่ 1 เลือกโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 แห่ง โดยพิจารณาคุณสมบัติตามที่กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งโรงเรียน โนนโพธิ์ศรีวิทยาเป็นโรงเรียนของกลุ่มทดลอง ส่วนโรงเรียน เปรมตีสถาณนทร์เป็นโรงเรียนของกลุ่มเปรียบเทียบ และชั้นที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคุณสมบัติตามเกณฑ์ และคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ “คู่มือสวนพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติด ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลการ ป้องกันยาเสพติด (Access) ได้แก่ กิจกรรม “เข้าถึง สืบค้น” ใช้กลวิธีการสาธิต และฝึกปฏิบัติค้นหาและ เข้าถึงแหล่งข้อมูล โดยใช้บัตรคำ และโทรศัพท์ Smart phone สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ สไลด์นำเสนอ Website บัตรคำ และโทรศัพท์ Smart phone

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจข้อมูลการ ป้องกันยาเสพติด (Understand) ได้แก่ กิจกรรม “รู้ จำ เข้าใจ” ใช้กลวิธีการบรรยาย ชมวิดีโอทัศน์ และกิจกรรม Walk Rally สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ สไลด์นำเสนอ YouTube และสื่อประเภทยาเสพติด

องค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูล การป้องกันยาเสพติด (Appraise) ได้แก่ กิจกรรม “ประเมิน ดีความ” ใช้กลวิธีโจทย์สถานการณ์ กิจกรรม กลุ่ม/นำเสนอ และการวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการยา เสพติดที่เหมาะสม สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ สไลด์นำเสนอ ใบบงาน Case study และโทรศัพท์มือถือ

องค์ประกอบที่ 4 การนำข้อมูลการ ป้องกันยาเสพติดไปประยุกต์ใช้ (Apply) ได้แก่ กิจกรรม “เราทำได้” ใช้กลวิธีชมวิดีโอทัศน์ วิเคราะห์ผลดีผลเสีย กำหนดทางเลือกเพื่อปฏิบัติเพื่อป้องกันการยาเสพติด และ

การกำหนดพันธะสัญญา สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ สไลด์ นำเสนอ ใบบงาน กระดาษปฎิรูป/ปากกาเคมี สื่อวิดีโอทัศน์ และพันธะสัญญา

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนทาง สังคม ได้แก่ กิจกรรมผูกเสี่ยว “คู่มือสวนพลัง” สื่อและ อุปกรณ์ ใช้กลวิธีประเพณีผูกเสี่ยว และการปฏิญาณตน สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ พิธีผูกเสี่ยว

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุม เนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น ผลการเรียน รายได้เฉลี่ยที่ ได้รับจากผู้ปกครอง สถานภาพทางครอบครัว การพัก อาศัย การเป็นสมาชิกชมรมและกรรมการชมรม TO BE NUMBER ONE

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันยาเสพติด ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามโดย ประยุกต์จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป (HLS-EU-Q47) (Sorensen, 2013) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูล การป้องกันยาเสพติด (Access) การเข้าใจข้อมูล การป้องกันยาเสพติด (Understand) การประเมินข้อมูล การป้องกันยาเสพติด (Appraise) การนำข้อมูลสารสนเทศ เกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดไปใช้ (Apply) จำนวน 50 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า 4 ระดับ คือ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย ง่ายมาก ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก คำถามมีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรม การ ป้องกันยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบประเมิน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert’s scale) แบ่ง ออกเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติได้ทุกวัน ปฏิบัติ 5 - 6 วัน/ สัปดาห์ ปฏิบัติ 3 - 4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1 - 2 วัน/ สัปดาห์ ไม่ได้ปฏิบัติ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item - Objective congruence = IOC) ซึ่งดัชนีความเห็นพ้องของแบบสอบถาม 0.67-1.00

2) ทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสอบถามทดลองกับนักเรียนโรงเรียนมัธยมหนองเขียด ตำบลโนนหัน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ชุด ซึ่งเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษา ระดับตำบล และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น โดยตรวจสอบค่าความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง ได้แก่ ด้านความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันยาเสพติด เท่ากับ 0.86 และด้านพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด เท่ากับ 0.93

3. การดำเนินการศึกษาวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

### 3.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1) ทำหนังสือราชการถึงผู้อำนวยการโรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม ซึ่งเป็นพื้นที่กลุ่มทดลองและผู้อำนวยการโรงเรียนเปรมติณสูลานนท์ ซึ่งเป็นพื้นที่กลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

2) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะครู นักเรียน ผู้ปกครอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนรูปแบบ ระยะเวลาดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการประสานงานกับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

## 3.2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

### 3.2.1 กลุ่มทดลอง

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1

2) นักเรียนกลุ่มทดลองดำเนินการตามโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ “คู่มือเยาวชนพลัง” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีแผนการทดลอง 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1.30 ชั่วโมง โปรแกรมแต่ละสัปดาห์จะใช้ห้องประชุมโรงเรียนโนนโพธิ์ศรีทุกครั้ง รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง กิจกรรม “เข้าถึง สืบค้น” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติด ได้แก่ การบรรยาย การสาธิตการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้โทรศัพท์ Smart phone มอบหมายใบงาน และสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “รู้ จำ เข้าใจ” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันยาเสพติด ได้แก่ การบรรยายประกอบสไลด์ ชมวิดีโอทัศน์ การแลกเปลี่ยนวิธีการการป้องกันยาเสพติด กิจกรรม Walk Rally

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ประเมินตีความ” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความสามารถในการประเมินข้อมูลการป้องกันยาเสพติด ได้แก่ โจทย์สถานการณ์ กิจกรรมกลุ่ม การอภิปราย การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการป้องกันยาเสพติดที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “เราทำได้” เป็นกิจกรรมเพื่อนำข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดไปใช้ได้แก่ ชมวิดีโอทัศน์ วิเคราะห์ผลดีผลเสียและกำหนดทางเลือกเพื่อปฏิบัติในการป้องกันยาเสพติด การกำหนดพันธะสัญญาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมผูกเสี่ยว “คู่มือเยาวชนพลัง” ซึ่งเป็นคู่มือเพื่อนรัก การสัญญาว่าจะปฏิบัติตามพันธะสัญญา 3 ต. ได้แก่ ติดตาม เต็มเต็ม และตรวจตรา และได้รับการสนับสนุนให้ผูกเสี่ยวและเข้าร่วมงานผูกเสี่ยวในงานเทศกาลหมอนานาชาติ ประเพณีผูกเสี่ยวงานกาชาด และงานขอนแก่นซอฟต์แวร์เพาเวอร์ จังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2566

สัปดาห์ที่ 6-9 การสนับสนุนทางสังคมจาก “คู่เสี่ยวสานพลัง” ที่จะติดตาม สอดส่องส่งกำลังใจและกระตุ้นเตือนเพื่อนไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดติดตาม ถามไถ่ ให้คำแนะนำในการป้องกันยาเสพติดเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง สอบถามพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด รวมถึงร่วมกันวางแผนชีวิตและผลักดันให้เพื่อนไปสู่ฝันและเป้าหมายในชีวิตไปด้วยกัน

สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรม “สรุปบทเรียน” แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอปัญหาที่พบเจอและเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมวิจัยครั้งนี้

3) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 10

### 3.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1

2) นักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติและได้รับความรู้การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามปกติตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์

3) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 10

### 3.3 ชั้นหลังการทดลอง

หลังดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

## 4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

### 4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ใช้สำหรับอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

### 4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics)

4.2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่น 95% กรณีมีการแจกแจงเส้นโค้งไม่ปกติวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Match Paired Signed Ranks Test

4.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่น 95% กรณีมีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติวิเคราะห์ด้วยสถิติ Man Whitney U test

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.88 กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 26.67 มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.78 รายได้เฉลี่ยที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน 50.08 บาท ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.85 ครอบครัวผู้ปกครองมีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 70.00 นักเรียนพักอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ร้อยละ 60.00

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 33.33 มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.84 รายได้เฉลี่ยที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อวัน 50.84 บาท ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 87.88 ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 76.67 นักเรียนพักอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ร้อยละ 50.00

### 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 0.09, 95% CI = -0.29-0.89; p-value = .496) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 0.39, 95% CI = -0.46-1.37; p-value = .324)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันยาเสพติด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 12.75, 95% CI = 4.50-16.29; p-value < .001) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 15.53, 95% CI = 7.36-19.30; p-value < .001) (Table 1)

**Table 1:** Comparison of the average scores of sexual health literacy and drug prevention behaviors before and after the experiment between the experimental group and the control group.

Variables	Before the experiment (N=30)						After the experiment (N=30)					
	$\bar{X}$	SD	Mean diff	95% CI	t	p-value	$\bar{X}$	SD	Mean diff	95%CI	t	p-value
Health Literacy for Drug Prevention												
Experimental Group	32.15	1.77					45.20	1.90				
Control Group	32.06	1.62	0.09	-0.29 – 0.89	1.30	.496	32.45	1.72	12.75	4.50 – 16.29	12.08	< .001
Drug Prevention Behaviors												
Experimental Group	33.88	1.97					48.45	1.95				
Control Group	33.30	1.74	0.39	-0.46-1.37	0.99	.324	32.92	1.99	15.53	7.36-19.30	17.13	< .001

\* Statistical significance level at .05

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 13.05, 95% CI = 4.45-16.34; p-value < .001) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 14.57, 95% CI = 9.70-17.69; p-value < .001)

กลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังจากการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 0.39, 95% CI = -0.31-1.41; p-value = .205) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 0.38, 95% CI = -1.79-0.85; p-value = .846) (Table 2)

**Table 2:** Comparison of the average scores of sexual health literacy and drug prevention behaviors before and after the experiment between the experimental group and the control group.

Variables	Experimental Group (N=30)						Control Group (N=30)					
	$\bar{X}$	SD	Mean diff	95% CI	t	p-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value
Health Literacy for Drug Prevention												
Before	32.15	1.77	13.05	4.45-16.34	11.61	< .001	32.06	1.62	0.39	-0.31-1.21	1.29	.305
After	45.20	1.90					32.45	1.72				
Drug Prevention Behaviors												
Before	33.88	1.97	14.57	9.70 - 17.69	18.86	< .001	33.30	1.74	0.38	-1.79 - 0.85	0.58	.846
After	48.45	1.95					32.92	1.99				

\* Statistical significance level at .05

### อภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ “คู่มือสวนพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด โรงเรียนโนนโพธิ์ศรีวิทยาคม อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองมี การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดดีขึ้น เป็นไปตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 4.1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 12.75, 95% CI = 4.50–16.29; p-value < .001) และภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 13.05, 95% CI = 4.45-16.34; p-value < .001) ซึ่งการที่ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดเพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ประกอบไปด้วย 1) กิจกรรม “เข้าถึงสืบค้น” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติด ได้แก่ การบรรยาย การสาธิตการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้โทรศัพท์ Smart phone มอบหมาย

ใบงาน และสาธิตย้อนกลับ 2) กิจกรรม “รู้ จำ เข้าใจ” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันยาเสพติด ได้แก่ การบรรยายประกอบสไลด์ ชมวีดิทัศน์ การแลกเปลี่ยนวิธีการการป้องกันยาเสพติด กิจกรรม Walk Rally 3) กิจกรรม “ประเมินตีความ” เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความสามารถในการประเมินข้อมูลการป้องกันยาเสพติด ได้แก่ โจทย์สถานการณ์ กิจกรรมกลุ่ม การอภิปราย การวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันยาเสพติดที่เหมาะสม และ 4) กิจกรรม “เราทำได้” เป็นกิจกรรมเพื่อนำข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดไปใช้ ได้แก่ ชมวีดิทัศน์ วิเคราะห์ผลดีผลเสียและกำหนดทางเลือกเพื่อปฏิบัติในการป้องกันยาเสพติด การกำหนดพันธะสัญญาร่วมกัน กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะของนักเรียนในการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลนำมาสู่การมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดเพิ่มขึ้น ซึ่งการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดได้นั้น จะต้องมีความสามารถและทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมินความถูกต้อง และการนำข้อมูลไปใช้เพื่อตัดสินใจในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยให้

บุคคลมีความสามารถและทักษะในการเสริมสร้างสุขภาพให้ดีขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ความคิด และความเป็นอยู่ (Sorensen et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rane et al. (2022) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดโดยใช้หลักการอิสลามต่อความรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดในเยาวชนมุสลิมโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=107.40, SD = 1.10 ) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 80.49, SD = 1.54 ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pimjan (2024) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงหน้าใหม่ต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอปักษ์ชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเห็นได้ว่าโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับ “คู่มือสานพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติดสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลซึ่งเป็นสมรรถนะที่บุคคลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อการมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติด

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 4.2 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติดมากกว่าก่อนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมากกว่าก่อนการทดลอง จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการยาเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 15.53, 95% CI = 4.45-16.34; p-value < .001) และภายหลังจากทดลอง

กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติด มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean<sub>diff</sub> = 14.57, 95% CI = 9.70-17.69; p-value < .001) ซึ่งการที่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดเพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า (Appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) คือ การได้รับความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมโดยตรงในรูปแบบของการช่วยเหลือทางการเงิน การเสียสละเวลา การช่วยในด้านวัสดุสิ่งของ รวมถึงการบริการต่าง ๆ (House, 1981) โดยการจัดกิจกรรมผูกเสี่ยว “คู่มือสานพลัง” ซึ่งเป็นคู่มือรักการสัญญาว่าจะปฏิบัติตามพันธสัญญา 3 ต. ได้แก่ 1) ติดตาม หมายถึง การตักเตือน การเป็นเพื่อนคู่คิด เพื่อนคู่หู ร่วมทำกิจกรรมเพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ผลักดันให้เพื่อนไปสู่ฝันและเป้าหมายในชีวิตไปด้วยกัน โดยไม่พึ่งยาเสพติด 2) เต็มเต็ม หมายถึง การดูแล การใส่ใจ การไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งกำลังใจและกระตุ้นเตือนเพื่อนไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ถามไถ่ ให้คำแนะนำในการป้องกันยาเสพติด และ 3) ตรวจสอบ หมายถึง การสอดส่องและสอบถามพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติด รวมถึงการช่วยเหลือกันในการสานพลัง ผนึกกำลังกันเพื่อเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงของการเสพยาเสพติด รวมถึงการจัดกิจกรรม “สรุปทเรียน” แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอปัญหาที่พบเจอ และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา นำไปสู่การทำให้ นักเรียนมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติดที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Phalanisong (2021) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติดของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.447, p < .001$ ) เนื่องจากเพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิของนักเรียนที่มีความสำคัญรองลงมาจากครอบครัว ดังนั้น เพื่อนจึงมี

อิทธิพลในการสนับสนุนมากที่สุด โดยเฉพาะเพื่อนสนิท การคบเพื่อนนั้นย่อมมีทั้งคุณและโทษ ถ้าวัยรุ่นเลือกคบเพื่อนที่ดีที่จะชักจูงไปในทางที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากเลือกคบเพื่อนที่ไม่ดีก็อาจนำไปในทางที่เสื่อมถอยได้เช่นกัน และการสนับสนุนทางสังคมจากสถานศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.506, p < .001$ ) เนื่องจากสถานศึกษา และครู อาจารย์ เป็นแหล่งสนับสนุนระดับทุติยภูมิของวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กันตามหน้าที่ที่สังคมกำหนด โดยครูและอาจารย์มีบทบาทถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความสนใจ ทักษะที่จำเป็นในการมีชีวิตร่วมกับบุคคลในสังคม อาจอยู่ในรูปของการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ การให้คำปรึกษา คำแนะนำ การรับฟัง การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้รู้จักใช้ความคิดเมื่อพบอุปสรรคในชีวิตประจำวัน และส่งเสริมการทำกิจกรรมที่ดี จึงทำให้วัยรุ่นได้รู้จักและเข้าใจตนเอง ซึ่งจะช่วยพัฒนาให้วัยรุ่นเป็นคนดี

**สรุปผล**

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติด พบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดอยู่ในระดับมาก ซึ่งก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดเท่ากับ 32.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.77 และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดเท่ากับ 45.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.90 ซึ่งหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.75 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $95\% CI = 4.50 - 16.29; p\text{-value} < .001$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันยาเสพติดมากกว่าก่อนการทดลอง 13.05 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $95\% CI = 4.45-16.34; p\text{-value} < .001$ )

2. พฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด พบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีระดับพฤติกรรมการป้องกัน

ยาเสพติดอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดเท่ากับ 33.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.97 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด เท่ากับ 48.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.95 ซึ่งหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 15.53 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $95\% CI = 7.36-9.30; p\text{-value} < .001$ ) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดมากกว่าก่อนการทดลอง 14.57 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $95\% CI = 9.70-17.69; p\text{-value} < .001$ )

**ข้อเสนอแนะ**

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1.1 นักเรียนได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมผูกเสี่ยว และมีการผูกเสี่ยวกับ “คู่เสี่ยวสานพลัง” ซึ่งเป็นคู่เพื่อนรัก การสัญญาว่าจะปฏิบัติตามพันธะสัญญา ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดที่ดีขึ้น เนื่องจากเพื่อนเป็นแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิของนักเรียนที่มีความสำคัญรองลงมาจากครอบครัว ดังนั้น เพื่อนจึงมีอิทธิพลในการสนับสนุนมากที่สุด โดยเฉพาะเพื่อนสนิท การคบเพื่อนนั้นย่อมมีทั้งคุณและโทษ ถ้าวัยรุ่นเลือกคบเพื่อนที่ดีที่จะชักจูงไปในทางที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากเลือกคบเพื่อนที่ไม่ดีก็อาจนำไปในทางที่เสื่อมถอยได้เช่นกัน

1.2 นำคู่มือการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติด “ติดตาม เต็มเต็ม และตรวจตรา” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้ไปใช้กับนักเรียนเพื่อเป็นมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันยาเสพติดและดูแลคู่เสี่ยวของตนให้ห่างไกลยาเสพติดได้อย่างครอบคลุม ชัดเจน และถูกต้อง ผ่านสื่อ/ใครดำเนินการ

1.3 การออกแบบกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้นักเรียนได้ฝึกปฏิบัติสืบค้น เข้าถึงข้อมูล ทำให้นักเรียนมีความเข้าใจ สามารถประเมินและนำข้อมูลไปใช้การยาเสพติด ทำให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับยาเสพติดและการป้องกันยาเสพติด ดังนั้น



นำไปใช้อย่างไร เขียนให้ชัดเจน ตลอดจนมีความสนใจ เข้าใจ และสามารถดูแลตนเอง เพื่อนหรือคู่เสียให้ ห่างไกลยาเสพติดได้มากยิ่งขึ้น

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับ “คู่มือเยาวชนพลัง” เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดไปศึกษาในกลุ่มนักเรียน ในชมรม TO BE NUMBER ONE โรงเรียนหรือพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพ ของนักเรียนในการป้องกันยาเสพติด

2.2 ควรเพิ่มกระบวนการและรูปแบบการ ตรวจสอบให้มีแนวทางรวมถึงช่องทางการรายงาน บันทึก จัดเก็บข้อมูล ของการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในโรงเรียน ที่ชัดเจน และปลอดภัยกับนักเรียนที่ทำหน้าที่ดังกล่าว ในรูปแบบของดิจิทัล เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดในการนำ ข้อมูลมาใช้ และการจัดการข้อมูล

## References

Chomsri P. et al. (2023). The Association Between Subsatnce literacy with self-control in the ethnic elementary students. *Journal of Social Science and Cultural*, 7(5), 242-255.

Health Promotion Foundation. (2023). *4 Main Factors Leading to Adolescent Drug Use*. <https://www.thaihealth.or.th/category/infographic>

House, J. S. (1981). The Association of Social Relationship and activities with mortality: Community health study. *American Journal Epidemiology*, 3(7), 25-30.

Janthamungkun J. et al. (2020). The effectiveness of life skills enhancement program with participatory learning to prevent substance abuse among senior primary school students in Chaiyaphum province. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(4), 304-316.

Jirawatkul, A. (2009). *Statistics for Health Sciences Research*. Bangkok: Vithayapat.

Office of the Secretary, Committee on Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts, Ministry of Public Health. (2023). *Data from the Reporting System for Monitoring and Surveillance of Drug Problems*. <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>

Office of the Secretary, Committee on Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts, Ministry of Public Health. (2023). *Data from the Reporting System for Monitoring and Surveillance of Drug Problems*. <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>

Phalanisong, M. (2021). *Factors Related to Drug Prevention Behaviors of Vocational Certificate Students in Vocational Education Institutions, Kamphaeng Phet Province* ( Research Report) . Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health.

Pimjan S. et al. (2024). The Effectiveness of Health Literacy Program for New Risk Student Group to Preventive Alcohol Drinking Behaviors in Opportunity Expansion School Pak Thong Chai District Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(1), 12-23.

Ranee S. et al. (2022). Effect of a Smoking and Substance Abuse Prevention Program by Using Islamic Principles on Health Literacy on Smoking and Substance Abuse Prevention among Muslim Youth in Private Religious Schools in Three Southern Border Provinces. *Journal of*

- Behavioral Science for Development*, 14(1), 134-152.
- Sorensen K. et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80
- Sorensen K. et al. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 948.
- Sunchai, K. (2011). Relationship between Psychosocial Variables and Academic Achievement among Professional Certificate Students. *Research Methodology & Cognitive Science*, 8(2), 72-85.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World Drug Report 2023*. [https://www.unodc.org/res/WDR2023/WDR23\\_Exsum\\_fin\\_DP.pdf](https://www.unodc.org/res/WDR2023/WDR23_Exsum_fin_DP.pdf)

## DEVELOPMENT OF A MODEL FOR PREVENTION AND SURVEILLANCE OF PREMATURE BIRTH BY PARTICIPATION OF THE DISTRICT HEALTH SERVICE NETWORK NUEA KHLONG DISTRICT KRABI PROVINCE

Lalita Thewintharapakti <sup>1,\*</sup>

Received: December 12, 2023

<sup>1</sup> Nuea Khlong Hospital Nuea Khlong District, Krabi 81000, Thailand

Received: February 05, 2024

Corresponding author; E-mail: lalita.tawin@gmail.com \*

Accepted: August 22, 2024

Citation: Thewintharapakti, S. (2024). Development of a Model for Prevention and Surveillance of Premature Birth. by Participation of the District Health Service Network Nuea Khlong District Krabi Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(2), 71-82.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

### ABSTRACT

This study aimed to develop a model for preventing and monitoring preterm births through community network participation in Nuea Khlong District, Krabi Province, using the PDCA cycle combined with participatory work processes. The purposive sample included the operational network driving the development of a preterm birth prevention and monitoring model at Nuea Khlong Hospital and 14 sub-district health-promoting hospitals. The study was conducted over 6 months, from October 2023 to March 2024. Qualitative data were collected through interviews and analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics such as frequency and percentage. The results showed that current practices for preventing preterm births mainly involve screening for risk factors, but the existing guidelines lack specificity and do not comprehensively cover all associated risks. Education provided to at-risk pregnant women is also insufficient to raise awareness or enable effective self-care. To improve the model for preterm birth prevention and monitoring, two main components were identified: Antenatal Clinics in Sub-district Health Promoting Hospitals: Enhance the screening process to cover five key risk factors comprehensively. This requires improving guidelines to ensure all potential risks are addressed. Delivery Room at Nuea Khlong Hospital: Implement a consistent risk assessment for pregnant women experiencing preterm labor, using the same tools and criteria as the antenatal clinics. This uniform approach ensures comprehensive risk evaluations and appropriate care. Providing tailored education about preterm labor and management strategies based on individual risk factors is essential. These measures can effectively enhance preterm birth prevention and monitoring efforts in the region through active community participation.

**Keywords:** Premature birth; Participation; Network

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การพัฒนาารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

ลลิตา เทวินทรภักดี<sup>1,\*</sup>

รับบทความ: 12 ธันวาคม 2566

แก้ไขล่าสุด: 05 กุมภาพันธ์ 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 22 สิงหาคม 2567

<sup>1</sup> โรงพยาบาลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง, จังหวัดกระบี่ 81000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: lalita.tawin@gmail.com \*

อ้างอิง: ลลิตา เทวินทรภักดี. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(2), 71-82.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยนำแนวคิดกระบวนการพัฒนา PDCA cycle มาใช้ร่วมกับกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ เครือข่ายการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลเหนือคลอง และเครือข่ายบริการสุขภาพจำนวน 14 รพ.สต. ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลักการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่สำคัญคือ การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดแนวทางการคัดกรองยังไม่มี ความเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดรูปแบบและวิธีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักและมีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลตนเองได้ สำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ 1) คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยปรับปรุงแนวทางการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย 5 ด้าน และ 2) ห้องคลอดโรงพยาบาลเหนือคลอง ต้องมีการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้แบบประเมินเดียวกันกับแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการจัดการเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย และแนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

**คำสำคัญ:** การคลอดก่อนกำหนด; การมีส่วนร่วม; เครือข่าย

## บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกนิยามการคลอดก่อนกำหนดว่า เป็นการคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์หรือ 259 วัน นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (WHO, 2023) และเป็นความผิดปกติทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ หากไม่สามารถยับยั้งการตั้งครรภ์ได้จะทำให้มีการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารกเป็นอันดับ 2 รองจากภาวะพิการแต่กำเนิด และทุกประเทศทั่วโลกยังคงต้องเผชิญปัญหาการคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้ทารกเสียชีวิตประมาณ 1 ล้านคนต่อปีและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Cunningham et al., 2018) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด แบ่งได้ 5 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เช่น อายุ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ เป็นต้น 2) ปัจจัยทางสูติกรรม เช่น ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติเลือดออกทางช่องคลอดในครรภ์ก่อน ประวัติการแท้งบุตร เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ ปัจจุบัน เช่น การฝากครรภ์ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ เป็นต้น และ 5) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด เป็นต้น (Nanthawong, 2022)

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของการดูแลมารดาและทารก ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด (ช่วงอายุครรภ์ 24 – 36+6 สัปดาห์) เท่ากับร้อยละ 11.6 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทารกคลอดก่อนกำหนดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายสูงและใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีกุมารแพทย์ทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญและพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิดซึ่งส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลระดับ

## ตติยภูมิขึ้นไป (The Subcommittee on Professional Standards, 2020)

สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลเหนือคลอง พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น (ข้อมูลจากห้องคลอดโรงพยาบาลเหนือคลอง) ในปี 2566 – 2564 ร้อยละ 47.82, 25.49 และ 49.19 ตามลำดับ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับอำเภอเหนือคลอง และจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด พบว่าประมาณร้อยละ 60-70 ของหญิงอายุในช่วง 20-34 ปี จากการทำเนิงานตามแนวทางของห้องคลอดในโรงพยาบาลเหนือคลอง พบว่ามารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ยังไม่มีความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้เข้ามารับการรักษาล่าช้า แพทย์จึงไม่สามารถยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้สำเร็จ ในการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด ควรมีการส่งเสริมสุขภาพสตรีในเชิงรุก โดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากรและสหสาขาวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เช่น การสร้างแนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อน และค่ารักษาพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนด พัฒนาระบบการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ที่มีปัญหาแรกคลอด เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และทารกเกิดก่อนกำหนด โดยครอบครัวจะต้องตระหนักและเตรียมความพร้อมก่อนที่จะตั้งครรภ์ คู่สมรสมีการตรวจสุขภาพก่อนการสมรสหรือก่อนตั้งครรภ์ ไปฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ในส่วนของภาคชุมชน มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และร่วมดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โดยการขับเคลื่อนชุมชนให้มีความเข้มแข็งยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน แนวทางการพัฒนาและขับเคลื่อนชุมชนใช้แนวคิดหลักการทำงานชุมชนแนวใหม่คือการดึงศักยภาพต้นทุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในเครือข่าย เช่น การจัดเวทีชาวบ้าน การศึกษาดูงาน

การจัดประชุมประจำเดือน เป็นต้น และการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายยังเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย ที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างเข้มแข็ง สมาชิกในเครือข่ายมีความเท่าเทียมกัน ทุกคนอยู่ในฐานะ “หุ้นส่วน” ของเครือข่าย เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบฉันทน์เพื่อน (Ruankhong, 2020)

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลเหนือคลอง จึงมุ่งหวังให้หญิงตั้งครรภ์ สามี ครอบครัว รวมถึง ชุมชน ได้รับทราบหรือเข้าถึงข้อมูลในเรื่องการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ความสำคัญของปัญหา ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น วิธีการสังเกตอาการของการคลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการ คลอดก่อนกำหนด วิธีการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการของการคลอดก่อนกำหนด ให้มีความเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพ และบริการ ดังกล่าว นำไปสู่การวิเคราะห์ตัดสินใจ ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมถูกต้อง จึงได้มีการศึกษารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยใช้พลังขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพอำเภอเหนือคลอง ในการขับเคลื่อนการป้องกันและ เฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด เป็นการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โดยเครือข่ายระดับชุมชนในการป้องกันและ เฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด เพื่อลดปัญหาการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยนำแนวคิดกระบวนการพัฒนา

PDCA cycle ของ Deming (1986) มาใช้ร่วมกับกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ใช้เวลาในการดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567

**1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**1.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)**

เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นเครือข่ายการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอด ก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการในโรงพยาบาลเหนือคลอง และเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยมี รพ.สต.ทั้งหมด จำนวน 14 รพ.สต.

**1.2 เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)**

**1.2.1 เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ**

ตำบลที่มีสถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์มีการคลอดก่อนกำหนด

**1.2.2 เป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมและ**

สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ

**1.2.3 ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต.**

สามารถดำเนินกิจกรรมจนสิ้นสุดโครงการ

**1.2.4 ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต.**

สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการ

**1.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)**

คือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามระยะเวลา

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้**

**2.1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก**

(In-depth Interview) สำหรับ รพ.สต.ที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน ความรู้ และทักษะในการให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในชุมชน ความคาดหวังหรือข้อคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบฯ ที่นำมาใช้ในชุมชน และปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน

**2.2 แบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)**

เป็นการพูดคุยสนทนาแบบเจาะประเด็น และแลกเปลี่ยนทัศนะระหว่างผู้เข้าร่วมการสนทนา โดยเชิญกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันมารวมกลุ่ม กลุ่มละ

ประมาณ 10 คน และสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทัศนคติ ในประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การคลอด ก่อนกำหนดในชุมชน บาทบาทในการร่วมดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน ต้นทุนทางสังคมในชุมชนที่เป็นประโยชน์ ในการดำเนินงาน ความคาดหวังในการนำรูปแบบฯ มาใช้ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

### 2.3 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note)

เป็นการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม เก็บประเด็นต่าง ๆ บันทึกสิ่งที่เห็นอย่างละเอียดเพื่อช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ชัดเจนขึ้น

### 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกเสียง และการถ่ายภาพ การสนทนากลุ่ม เพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูล ตลอดจนถ่ายภาพนิ่ง เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เป็นกิจกรรมต่าง ๆ โดยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลแล้ว โดยมีวิธีการ ดังนี้

#### 3.1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) คือ

เตรียมความพร้อมผู้วิจัย ศึกษาข้อมูลพื้นฐานพื้นที่ ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

##### 3.1.1 การสร้างความสัมพันธ์กับพื้นที่

รพ.สต. ประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน พุดคุยแนะนำตนเองเพื่อให้ทุกฝ่ายทราบวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และความต้องการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนในการดำเนินงาน ป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด

##### 3.1.2 เก็บข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

และภาวะสุขภาพการตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเหนือคลอง จำนวน 170 คน และข้อมูลทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเก็บข้อมูลในห้องคลอด โรงพยาบาลเหนือคลอง จำนวน 17 คน

##### 3.1.3 การเตรียมเครือข่ายการดำเนินงาน

โดยการประชุมปรึกษาร่วมกับพื้นที่เพื่อชี้แจงรูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด คั้นข้อมูล

สถิติปัญหาการคลอดก่อนกำหนดและผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ทราบและเข้าใจในรูปแบบฯ

3.2 ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน (Doing) คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์ในพื้นที่ รพ.สต. วางแผนพัฒนารูปแบบฯ ปฏิบัติตามรูปแบบ สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงรูปแบบ

#### 3.2.1 ศึกษาและวิเคราะห์สภาพ

ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ 14 รพ.สต. นำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ ร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วม ประชุมได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์เพื่อร่วมกันหาแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวัง การคลอดก่อนกำหนด โดยมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้

- 1) แบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)
- 2) การจดบันทึกภาคสนาม (Field Note)
- 3) การบันทึกเสียง และการถ่ายภาพ

#### 3.2.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 3 คน
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบงานด้านสาขานมแม่และอนามัยแม่และเด็ก ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 10 คน

3.2.3 จัดเวทีการประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานในพื้นที่ 14 รพ.สต. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน และร่วมปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานในการนำไปขับเคลื่อนงานในชุมชนต่อ

3.3 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Check) เก็บข้อมูลจากสถิติการคลอดก่อนกำหนดจาก

ห้องคลอด โรงพยาบาลเหนือคลอง และจากการประชุม การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม (Field Note) การบันทึกเสียงและการถ่ายภาพ และประชุมถอดบทเรียน

3.4 การปรับปรุงและแก้ไข (Act) ได้วางแผนให้มีการปรับปรุงแก้ไขในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยวางแผนให้มีการพูดคุยประเมินผล สะท้อนผลการปฏิบัติงาน และการจัดกิจกรรมของคณะทำงานหลังจากที่จัดกิจกรรมนั้น ๆ เสร็จ (After Action Review) เพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขในการจัดกิจกรรมไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการประชุมสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักการวิเคราะห์เนื้อหา

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่โครงการวิจัย KBO-IRB 2023/25.0911 เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2566

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์และภาวะสุขภาพการตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเหนือคลอง ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 170 คน พบว่า อายุของหญิงมีครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.4 รองลงมาคือ อายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.5 และอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 9.1 สถานภาพครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 90.8 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 45.9 รองลงมาคือ จบมัธยมศึกษา ปีที่ 3 ร้อยละ 32.4 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.5 รองลงมาคือ แม่บ้าน ร้อยละ 18.3 ลำดับของการตั้งครรภ์

ส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์หลัง ร้อยละ 79.6 การฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 76.2

1.2 ข้อมูลทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเก็บข้อมูลในห้องคลอด โรงพยาบาลเหนือคลอง จำนวน 17 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 26 ปี สถานภาพครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 68.2 รองลงมาคือ จบอนุปริญญา/ปริญญาตรี ร้อยละ 21.6 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.8 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 24.2 ลำดับของการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์หลัง ร้อยละ 90.8 การฝากครรภ์ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 72.4

2. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพบว่าการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการคลอด

ก่อนกำหนดในระดับปฐมภูมิที่สำคัญคือการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดแนวทางการคัดกรองยังไม่มีเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดรูปแบบและวิธีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักและมีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลตนเองได้สำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยทั่วไปจะเป็นการดูแลทางด้านร่างกายให้อ่อนพักและเน้นการเฝ้าระวังป้องกันการหดตัวของมดลูกสำหรับการพยาบาลจะเป็นการพยาบาลตามแผนการรักษาและให้การดูแลตามอาการยังไม่มีหรือนำปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในสวนของการวางแผนจำหน่ายเมื่อเปรียบเทียบกับแนวมาตรฐานของแผนกสูติรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า กิจกรรมการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์การจัดการเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดยังไม่ครอบคลุมในรายละเอียดโดยเฉพาะเรื่องทักษะการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตัวเองและเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ส่วนใหญ่ยังขาดการดูแลต่อเนื่อง



3. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวัง การคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

3.1 คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล

3.1.1 ให้มีการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยปรับปรุงแนวทางการ คัดกรองปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย 5 ดานซึ่งเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติเดิมได้แก่ ปัจจัยลักษณะ ประชากร ปัจจัยด้านการเจริญพันธ์ ปัจจัยด้านการ ตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านวัฒนธรรม และพฤติกรรม

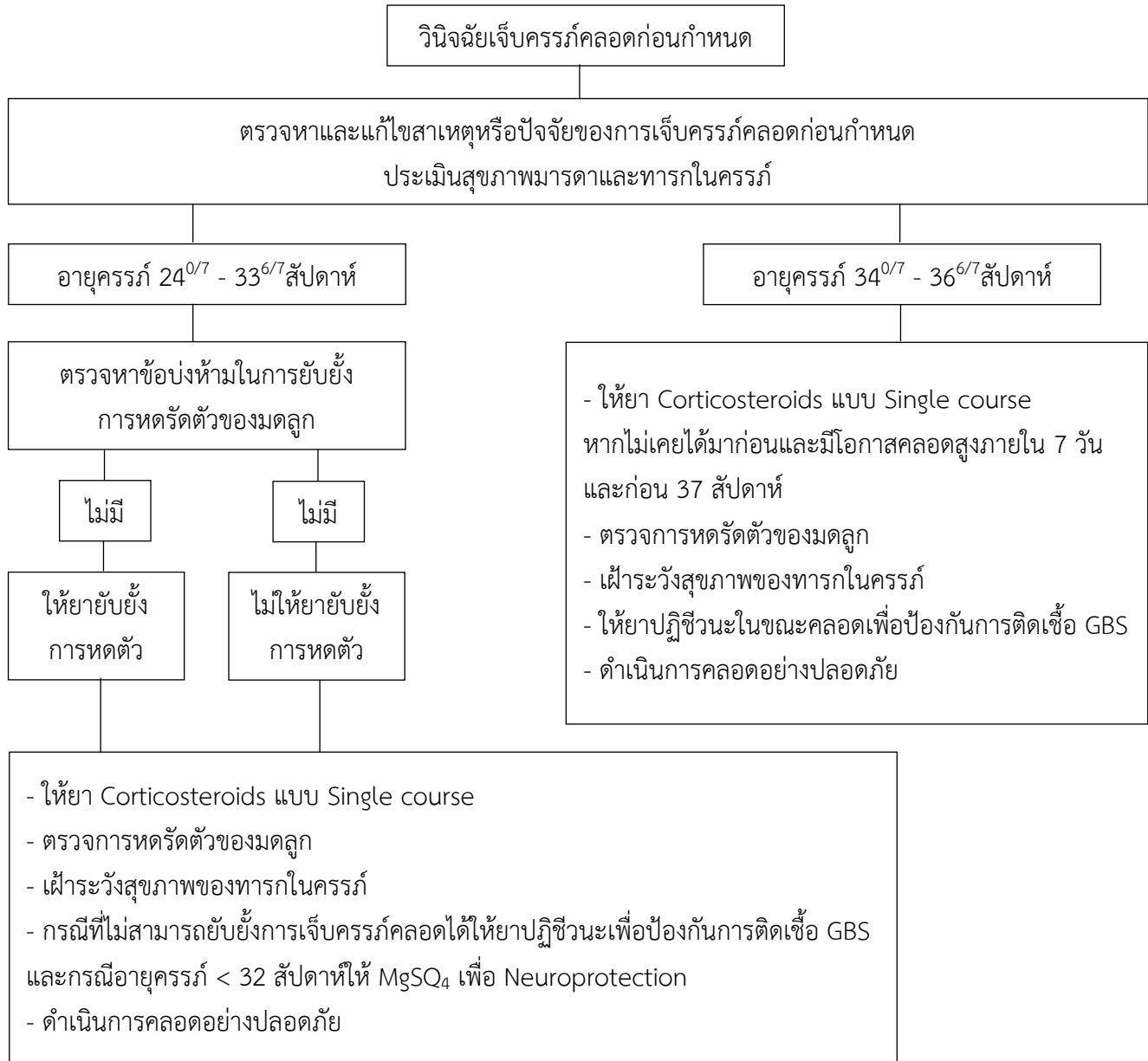
3.1.2 รูปแบบการให้ความรู้โดยให้สามี หรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมกิจกรรม การให้ ความรู้ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3.1.3 การประสานส่งต่อสูติแพทย์ในกรณี หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต้องได้รับการดูแลรักษา

3.2 หองคลอด

3.2.1 ประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้แบบประเมิน เดียวกันกับแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มา รับบริการที่คลินิกฝากครรภ์

3.2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดและการจัดการเพื่อป้องกันการเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยง ที่มีต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์แต่ ละรายโดยให้ญาติหรือสามีมีส่วนร่วมในการรับความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือแกหญิงตั้งครรภ์พร อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้เวลาประมาณ 20 นาที



ภาพที่ 1: แนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020)

3.2.3 แนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นเกณฑ์ในการยกเว้นในสวนของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รับไว้ในห้องคลอดประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 2) ขั้นตอน

การปฏิบัติในการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รับไว้ในห้องคลอด ดังนี้

3.2.3.1 ประเมินว่ามารดาที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีข้อบ่งชี้ในการยับยั้งการคลอดหรือไม่โดยมีเกณฑ์การพิจารณา คืออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28-37 สัปดาห์ปากมดลูกเปิดไม่มากกว่า 4 เซนติเมตร น้ำคร่ำยังไม่แตก ไม่มีภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก เลือดออกทางช่องคลอด ภาวะ Severe preeclampsia รกเสื่อมสภาพ ทารกมีความพิการหรือทารกตายในครรภ์

ภายหลังประเมินรายงานแพทย์พิจารณาให้การรักษาเพื่อการยับยั้งการเจ็บครรภ์ต่อไป

### 3.2.3.2 ดูแลให้ได้รับยายับยั้ง

การเจ็บครรภ์ตามแผนการรักษาโดย

1) อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการรักษา ตลอดจนอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบคำถามให้เข้าใจ

2) ให้นอนพักบนเตียงให้มากที่สุด โดยนอนตะแคงข้างเพื่อให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกมากขึ้นช่วยให้การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดลงและช่วยลดแรงดันของปากมดลูกทำให้ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มขึ้น

3) ให้ยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Brainly ยาดังกล่าวอาจเป็น Beta sympathomimetic มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัวและยังทำให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกมากขึ้นด้วย

3.2.3.3 ประเมินการทำงานของมดลูก ความถี่ของการเจ็บครรภ์ ความรุนแรง ระยะเจ็บครรภ์แต่ละครั้ง และฟังเสียงหัวใจทารกเพื่อดูปฏิกิริยาของทารกในครรภ์ต่อยายับยั้งการเจ็บครรภ์ ถ้าพบอาการผิดปกติหรือมารดายังคงมีอาการของการเจ็บครรภ์ต้องรายงานแพทย์อาจพิจารณาช่วยคลอดต่อไป

3.2.3.4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15-30 นาที ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อการรักษาอย่างเร่งด่วน

3.2.3.5 ประเมินอาการข้างเคียงของยายับยั้งการเจ็บครรภ์ ได้แก่ อาการมือสั่น ใจสั่น หงุดหงิด ประสาทหลอน มีไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน น้ำท่วมปอด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ชีพจรเต้นเร็วเกิน 110 ครั้ง/นาที หัวใจทารกในครรภ์เต้นเร็วเกิน 160 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นผิดปกติ หวหวะ ความดันโลหิตต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อินซูลินในเลือดสูง กรดแลคติกในเลือดสูง โปตัสเซียมในเลือดต่ำ ถ้ามีอาการต่อไปนี้ควรหยุดยา พร้อมทั้งรายงานแพทย์เพื่อการรักษา อาการดังกล่าว คือ ชีพจรมารดา 120 ครั้ง/นาที เสียงหัวใจทารกในครรภ์เกิน ครั้ง/นาที

มีอาการและอาการแสดงของน้ำท่วมปอด กล่าวคือ มีอาการ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก

3.3 รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีกิจกรรม ดังนี้

3.3.1 บุคลากรในหน่วยงานทุกครบทราบนโยบายมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ระดับรพ.สต.

3.3.2 บุคลากรที่ดูแลงานอนามัยแม่และเด็กได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะการบริการอนามัยแม่และเด็ก อย่างมีคุณภาพ

3.3.3 พัฒนาคุณภาพบริการงานฝากครรภ์ งานบริการสุขภาพเด็กดีและเน้นให้ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์

3.3.4 ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนและต่อเนื่องจนถึง 2 ปี

3.3.5 ส่งเสริมเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี ให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย

3.3.6 เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก และ

3.3.7 สนับสนุนการจัดตั้งชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในชุมชน

## อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยนำแนวคิดกระบวนการพัฒนา PDCA cycle ของ Deming (1986) มาใช้ร่วมกับกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ดังนี้

รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ

1. ให้มีการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยปรับปรุงแนวทางการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในครอบครัวปัจจัยเสี่ยง 5 ด้าน

2. ให้ความรู้โดยให้สามีหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมกิจกรรม การให้ความรู้ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3. การประสานส่งต่อสูติแพทย์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต้องได้รับการดูแลรักษา

รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมคลินิกฝากครรภ์ในห้องคลอดโรงพยาบาลเหนือคลอง พบว่า

1. มีการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้แบบประเมินเดียวกันกับแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการจัดการเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายโดยให้ญาติหรือสามีมีส่วนร่วมในการรับความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือแกหญิงตั้งครรภ์ พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3. จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นเกณฑ์ในการยกร่างในสวนของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รับไว้ในห้องคลอดประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 2) ขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่รับไว้ในห้องคลอด

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sattana (2022) ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอพุทธทริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบที่ชัดเจนในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เกิดจากการระดมสมองของบุคลากรทีมสุขภาพทั้งเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ประกอบไปด้วย การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. กำหนดนโยบายมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ระดับ รพ.สต.
2. บุคลากรที่ดูแลงานอนามัยแม่และเด็กได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะการบริการอนามัยแม่และเด็กอย่างมีคุณภาพ
3. พัฒนาคุณภาพบริการงานฝากครรภ์
4. ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนและต่อเนื่องจนถึง 2 ปี
5. ส่งเสริมเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี ให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย
6. เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก
7. สนับสนุนการจัดตั้งชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในชุมชน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ketdao et al. (2021) พบว่า กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ได้รับการติดตามเยี่ยมโดยสหวิชาชีพ
- 2) มีการวางแผนการดูแลรักษาาร่วมกัน
- 3) สื่อสารให้ความรู้ Early Warning Sign แก่หญิงตั้งครรภ์ ญาติ ครอบครัวและชุมชน
- 4) จัดทำ Mapping แผนที่บ้านผู้ป่วยและศูนย์ส่งต่อ
- 5) รพ.สต.ติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์
- 6) หญิงตั้งครรภ์ ญาติ ครอบครัวและชุมชน รับรู้เข้าใจ

ขั้นตอนการส่งต่อกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผ่านเบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ และเบอร์ 1669 และ 7) วางแผนส่งต่อและรับไว้รักษาที่ รพ.เครือข่ายร่วมกันทุกราย กระบวนการดังกล่าว มีประสิทธิภาพภายใต้การมีส่วนร่วมญาติ ครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีในเชิงรุก โดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากรของสหสาขาวิชาชีพ เช่น การให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อน และคำปรึกษาพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนด พัฒนาระบบการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ที่มีปัญหาแรกคลอด เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และทารกเกิดก่อนกำหนด โดยครอบครัวจะต้องตระหนักและเตรียมความพร้อมก่อนที่จะตั้งครรภ์ คู่สมรสมีการตรวจสุขภาพก่อนการสมรสหรือก่อนตั้งครรภ์ ไปฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ในส่วนของภาคชุมชน มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และร่วมดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pensuk et al. (2023) พบว่า รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 แนวทางการจัดบริการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี (Case management) ซึ่งกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัญหา เป็นวิธีสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนปฏิบัติตามพยาบาลต่อผู้ป่วยได้เหมือนกันตามมาตรฐาน ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน สามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมง่ายต่อการปฏิบัติงาน ช่วยให้บริการเกิดความ ต่อเนื่องและเป็นสื่อในการปฏิบัติงานที่ตรงกัน

องค์ประกอบที่ 2 คู่มือการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสม การสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมตอบสนองที่เหมาะสม ดังนั้น หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลเกิดการรับรู้ถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องย่อมส่งผล

ให้เกิดการพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา

องค์ประกอบที่ 3 นวัตกรรมพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งนวัตกรรมทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ส่งผลให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง และพัฒนาวิชาชีพ

### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้
  - 1.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลการดำเนินงานของพื้นที่ รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีการนำรูปแบบไปใช้อย่างต่อเนื่อง
  - 1.2 ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปขยายทดลองใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
  - 2.1 ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มเติมเพื่อหาวิธีการในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### References

- Cunningham F. et al. (2018). *Preterm birth*. In Williams Obstetrics. New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Ketdao K. et al. (2021). Development process of High Risk Pregnancy Udon Model 7 step Health Promoting Hospital Udon Thani Province. *Research and Development Health System Journal*, 14(2), 239-246.
- Nanthawong, N. (2022). Prevalence and risk factors related to preterm birth among teenage pregnancy in Chaiyaphum Hospital. *Chaiyaphum Medical Journal*, 42(2), 69-81.

Pensuk B. et al. (2023). Development and Evaluation the Clinical Nursing Practice Guidelines for Pregnant Women with Preterm Labour at Samutsakhon Hospital. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi*, 6(2), 78-97.

Ruankhong, W. (2020). *Preterm Labour Prevention and Surveillance Model Driven by the Networks* (Research Report). Maternal and Child Health Development Group, Health Center 4 Saraburi, Department of Health, Ministry of Public Health.

Sattana, S. (2022). Development of Prevention Preterm Birth in Buntharik District, Ubonratchathani rovince. *Journal of Environmental and Community Health*, 7(2), 109-116.

The Subcommittee on Professional Standards. (2020). *RTCOG Clinical Practice Guideline Intrapartum Fetal Monitoring*. The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-025.pdf>

World Health Organization. (2023, May 10). *Preterm birth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

## Original Article

# EVALUATION OF BEHAVIORAL IMPROVEMENT FOR PREVENTING LIVER FLUKES AND CHOLANGIOCARCINOMA IN SI CHOMPHU SUBDISTRICT, SI CHOMPHU DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Anurak Sata<sup>1,\*</sup>, Salinee Vaiyanon<sup>2</sup>

Received: March 07, 2024

Received: August 26, 2024

Accepted: August 30, 2024

<sup>1,2</sup> Communicable Disease Control Division, Khonkaen Public Health Office, Khon Kaen, 40000, Thailand

Corresponding author; E-mail: anuraksata@gmail.com \*

Citation: Sata A., Vaiyanon S. (2024). Evaluation of Behavioral Improvement for Preventing Liver Flukes and Cholangiocarcinoma in Si Chomphu Subdistrict, Si Chomphu District, Khon Kaen Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(2), 83-97.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

## ABSTRACT

This study aims to evaluate the effectiveness of behavior modification in preventing liver fluke disease and cholangiocarcinoma. The participants were divided into two groups: Group 1 consisted of 13 government officials and local network partners involved in the implementation, and Group 2 comprised 365 local residents. Data was collected through focus group discussions and questionnaires. The analysis used percentage, mean, standard deviation, and dependent t-test. The findings revealed that participants rated the performance of contextual factors at the highest level (mean = 4.6), input factors at a high level (mean = 4.3), process factors at a high level (mean = 4.4), and outcome factors at a high level (mean = 4.1). Overall, the implementation was rated as high (mean = 4.3). In terms of knowledge about liver fluke disease and cholangiocarcinoma, the majority of the public had high knowledge, with an average score of 12.4, reflecting a 14.3% increase. This increase in knowledge was statistically significant ( $p$ -value < .001). Regarding preventive behaviors for liver fluke disease, most participants exhibited high prevention behaviors, with an average score of 19.7, showing a 34.5% increase. This increase in preventive behaviors was also statistically significant ( $p$ -value < .001).

**Keywords:** Evaluation; Behavioral Improvement; Liver Flukes and Cholangiocarcinoma Prevention; CIPP Model

## การประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

อนุรักษ์ สะตะ<sup>1,\*</sup>, สาลินี ไวยนนท์<sup>2</sup>

รับบทความ: 07 มีนาคม 2567

แก้ไขล่าสุด: 26 สิงหาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 30 สิงหาคม 2567

<sup>1,2</sup> กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, ขอนแก่น 40000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: anuraksata@gmail.com \*

อ้างอิง: อนุรักษ์ สะตะ, สาลินี ไวยนนท์. (2567). การประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 39(2), 83-97.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสองกลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารส่วนราชการและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จำนวน 13 คน กลุ่มที่ 2 คือ ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ จำนวน 365 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t- test dependent ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานเกี่ยวกับปัจจัยด้านบริบท อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.6) ปัจจัยด้านนำเข้า อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.3) ปัจจัยด้านกระบวนการ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.4) และด้านผลผลิตอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.1) เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมมีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.3) ผลการสำรวจความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 12.4 คะแนน เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.3 คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < .001$  พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 19.7 คะแนน เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} < .001$

**คำสำคัญ:** การประเมินผล; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี; แบบจำลองชิปปี้



## บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Chinese liver fluke and Cholangiocarcinoma) ยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ ในปี พ.ศ. 2554 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวน 14,314 ราย มากที่สุดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 7,539 ราย และภาคเหนือ จำนวน 2,638 ราย (Department of Disease Control, 2020) จากผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 7 ในปี พ.ศ. 2559-2564 ทั้งหมด 658 ตำบล ดำเนินการได้ครอบคลุม 568 ตำบล (ร้อยละ 86.3) พบความชุกการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง เท่ากับ ร้อยละ 5.97, 10.35, 6.58, 2.39 และ 3.18 ตามลำดับ และจากการตรวจจุงจระในในกลุ่มคนที่เคยติดพยาธิ พบว่า ยังคงมีการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ร้อยละ 13.07, 9.36, 3.95, 4.46, 3.53 และ 18.33 ตามลำดับ และจังหวัดขอนแก่นมีความชุกการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับในคน ร้อยละ 3.85, 7.54, 5.69, 4.03, 3.63 และ 0.85 ตามลำดับ และพบอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ร้อยละ 2.75, 4.43, 1.94, 2.70 และ 2.00 ตามลำดับ (Khon Kaen Provincial Public Health Office, 2022) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังคงมีพฤติกรรมการกินปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ และจากข้อมูลสถิติสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2559-2563 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 พบอัตราตายด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เท่ากับ 51.73, 51.5, 49.6, 46.29 และ 4.08 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดขอนแก่น พบอัตราตายด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เท่ากับ 3.73, 40.52, 31.45, 35.20 และ 40.13 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

จากสถานการณ์ปัญหาที่แสดงในข้างต้น จังหวัดขอนแก่น มีการดำเนินมาตรการตามยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ทั้ง 8 มาตรการโดยมุ่งเน้น “ปลาปลอดโรค คนปลอดภัย เยาวชนรุ่นใหม่ห่างไกล CCA” มาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น มาตรการที่ 1 คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดพยาธิให้ยารักษาและปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ มาตรการที่ 2 คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ มาตรการที่ 3 จัดระบบสุขภาพภิบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล มาตรการที่ 4 สนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กนักเรียน เยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ประกอบการและประชาชน มาตรการที่ 5 รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิ มาตรการที่ 6 บริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดี เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ มาตรการที่ 7 รายงานการดำเนินงานผ่านฐานข้อมูล ตามระบบงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รง 506 และระบบ HDC และ มาตรการที่ 8 พัฒนานวัตกรรม และพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงยังคงมีบางพื้นที่พบอัตราชุกของโรคสูงกว่าค่าเป้าหมายที่คาดหวังถึง 4 เท่า ในปี พ.ศ. 2566 พบตำบลที่มีอัตราชุกเกินร้อยละ 5 จำนวน 5 ตำบลใน 4 อำเภอ คือ อำเภอสีชมพู ตำบลสีชมพู (ร้อยละ 21.0) และตำบลนาจาน (ร้อยละ 5.0) อำเภอเมืองขอนแก่น ตำบลดอนหัน (ร้อยละ 10.0) อำเภอหนองนาคำ ตำบลบ้านโคก (ร้อยละ 6.0) และอำเภอภูเวียง ตำบลหนองกุงเซิน (ร้อยละ 6.0) ในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ แม้จะมีการดำเนินการมาระยะหนึ่งแล้วแต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จึงมุ่งเน้นการให้ความรู้เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและถูกต้องแก่เด็กและเยาวชนรุ่นใหม่ ให้เห็นถึงความสำคัญของการกินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ห่างไกลจากพยาธิใบไม้ตับ โดยคาดหวังว่าจะนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในครอบครัว

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ที่พบอัตราชุกการติดเชื้อสูงที่สุดถึงร้อยละ 21.0 เพื่อศึกษาข้อมูลที่สะท้อนสภาพการณ์

ในปัจจุบัน โดยยึดรูปแบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งทำการประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตในการดำเนินงาน ความคิดเห็นของเครือข่ายที่มีส่วนร่วม สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมาตรการการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จตามแผน ยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำหรับเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น อันจะส่งผลต่อการลดอัตราการพยาธิใบไม้ตับและอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” (ปี พ.ศ. 2559-2568) ที่คาดหวังว่าอีก 10 ปีข้างหน้า อัตราชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในคนและในปลาไม่เกินร้อยละ 1.0 และอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงสองในสามในปี พ.ศ. 2578 ต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อประเมินระดับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังกิจกรรมให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยดำเนินการศึกษาในพื้นที่ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจด้วยวิธี Modified Kato Kate ในปี พ.ศ. 2566 สูงที่สุดในจังหวัด

ขอนแก่น โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน มีวิธีดำเนินการดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
    - 1.1 ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
      - 1.1.1 กลุ่มผู้บริหารและผู้ที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 13 คน
      - 1.1.2 กลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีความเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของผู้รับบริการ จำนวน 7,178 คน
    - 1.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
      - 1.2.1 กลุ่มผู้บริหารและผู้ที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบลสีชมพู บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 13 คน
      - 1.2.2 กลุ่มประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และมีความเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ [Krejcie and Morgan \(1970\)](#) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน
- เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ
- 1) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
  - 2) มีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการและตอบแบบสอบถาม
  - 3) ผู้ที่มีความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ได้แก่
- (1) เป็นคนอีสานโดยกำเนิดหรืออาศัยอยู่ในอีสานมากกว่า 15 ปี
  - (2) เคยเป็นหรือมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

(3) มีญาติสายตรงป่วย หรือเสียชีวิต ด้วยมะเร็งท่อน้ำดีหรือพยาธิใบไม้ตับ

(4) มีประวัติการกินปลาตระกูล มีเกล็ดน้ำจืดสุก ๆ ดิบ ๆ

เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างที่มี อาการเจ็บป่วย หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในวัน ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ประเภท ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลเชิงโครงสร้าง ประกอบด้วย นโยบาย การถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติแก่ผู้บริหาร และ ผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอ และตำบล การบูรณา การการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย การได้รับการ สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และความร่วมมือจาก แกนนำชุมชนและประชาชน สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล การสนทนากลุ่มผู้บริหาร

2.2 แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม โรคมะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมี 2 ชุดคือ แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ตับ สำหรับผู้บริหารและ ผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย สถานที่ปฏิบัติงาน เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษาสูงสุดและระยะเวลาที่ รับผิดชอบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ตับของหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ลักษณะเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวนรวมทั้งหมด 32 ข้อ โดยมีการแปลผลความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Wongratana (2007) ดังนี้

ระดับมากที่สุด หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00

ระดับมาก หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20

ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40

ระดับน้อย หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60

ระดับน้อยที่สุด หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะ คำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open Ended Question) เป็นคำถามที่ให้ผู้ตอบสามารถตอบได้อย่างอิสระ

2.3 แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีและพยาธิใบไม้ตับของ ประชาชน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ท่านเคยตรวจเพื่อค้นหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือไม่ ผลการตรวจเพื่อค้นหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี หากตรวจพบ พยาธิใบไม้ตับ ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ ครอบครัวของ ท่านเคยมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งท่อน้ำดี หรือไม่ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี หรือไม่ และหากท่านมีพฤติกรรมกินอาหารดิบ หรือ สุก ๆ ดิบ ๆ ท่านจะเลิกพฤติกรรมนี้หรือไม่

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ลักษณะเป็นคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close Ended Question) ให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และไม่ใช่ จำนวนรวม 15 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Srisathitnarakun (2002) ได้แก่ ระดับ น้อย มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) การแปลผล มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00

ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33

ระดับน้อย หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 12 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติ บางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ Srisathitnarakun (2002) ได้แก่ มีเกณฑ์การให้ คะแนน คือ ปฏิบัติประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน) การแปลผล มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00

ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33

ระดับน้อย หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66

โดยแบบสอบถามทุกส่วนมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index; IOC) ซึ่งคุณภาพของเครื่องมือได้ข้อคำถามรายข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป และการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Method) ซึ่งแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับผู้ให้บริการ ได้ค่า Alpha เท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ได้ค่า Alpha เท่ากับ 0.78 สามารถนำไปใช้ได้

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมวิจัย ประชุมวางแผนทีมผู้ช่วยวิจัย จัดเตรียมเอกสารคู่มือการดำเนินงาน ประชุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการเตรียมชุมชน

ขั้นที่ 2 ประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีชมพู และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้แก่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลสีชมพู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีชมพู ผู้แทนครูจากโรงเรียนในพื้นที่ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผู้รับผิดชอบงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโรงพยาบาลสีชมพู และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีชมพู รวมทั้งสิ้น 13 คน และกลุ่มที่ 2 คือ ประชาชนตำบลสีชมพูที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 365 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใน 2 กลุ่ม คือ 1) แบบ

สำรวจความคิดเห็นผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และ 2) แบบสำรวจความรู้และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ขั้นที่ 3 จัดกิจกรรมคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับด้วยปัสสาวะ (OV RDT) โดยการคัดกรองด้วยวาจาประชาชนที่มีความเสี่ยงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งที่กำหนด คือ 1) เป็นคนอีสานโดยกำเนิดหรืออาศัยอยู่ในอีสานมากกว่า 15 ปี 2) เคยเป็นหรือมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 3) มีญาติสายตรงป่วย หรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีหรือพยาธิใบไม้ตับ และ 4) มีประวัติการกินปลาตระกูลมีเกล็ดน้ำจืดสุกๆดิบๆ เมื่อได้กลุ่มเป้าหมายดำเนินการตรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับด้วยปัสสาวะ (OV RDT) พร้อมกิจกรรมให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

### ขั้นที่ 4 ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย

4.1) เก็บข้อมูลกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยการจัดการสนทนากลุ่มเพื่อแสดงความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดขอนแก่น ใน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ปัญหา อุปสรรค โดยใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ในวันที่ 26 เมษายน 2567 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อและหัวหน้างานบริหารและannonพยาธิเป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเป็นผู้บันทึกข้อมูลมีวิธีการบันทึกข้อมูลด้วยการขออนุญาตบันทึกเทปและบันทึกภาพตลอดระยะเวลาสนทนากลุ่ม

4.2) เก็บข้อมูลความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ในเดือน เมษายน 2567 ก่อนการคัดกรองและประชุม

ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยการใช้แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) อธิบายวิธีการลงข้อมูลในแบบสอบถาม 2) กลุ่มเป้าหมายลงข้อมูลในแบบสอบถาม 3) วิทยากรให้ความรู้ เรื่องสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอำเภอสีชมพู โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลสีชมพู และเรื่องความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับด้วยตนเองโยวิธีปัสสาวะ (OV RDT) โดยวิทยากรจากสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี (CASCAP) มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมระยะเวลาการคัดกรอง การเก็บข้อมูลและการให้ความรู้ 5 ชั่วโมง สื่อให้ความรู้ได้แก่ วิดีทัศน์ โปสเตอร์ เอกสารบรรยายและเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ในเดือนกรกฎาคม 2567 โดยมีระยะเวลาห่างกัน 3 เดือน

#### 4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการ ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิต ตาม 8 กิจกรรม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การวัดระดับความรู้และระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

4.2 สถิติอนุมาน (Inference Statistics) ได้แก่ สถิติ t-test (Dependent t-test) ในการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ก่อนและหลังการพัฒนา

4.3 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการวิเคราะห์สรุปลงขึ้น (Inductive analysis) นำเสนอ ข้อมูลแบบการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และได้รับ

ใบรับรองการอนุมัติเลขที่ 011/2567 วันที่ 17 เมษายน 2567

#### ผลการวิจัย

1. การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสีชมพู และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้แก่ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบล สีชมพู ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีชมพู ผู้แทนครูจากโรงเรียนในพื้นที่ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผู้รับผิดชอบงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโรงพยาบาลสีชมพู และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีชมพู จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มเมื่อนำมาวิเคราะห์ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 4 ด้านตามความคิดเห็น พบว่า ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ด้านปัจจัยนำเข้า ประเด็น 1) การสนับสนุนเวชภัณฑ์ยา อุปกรณ์และสื่อ ฯลฯ มีความเหมาะสมเพียงพอ 2) การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ด้านผลผลิต ประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ 1) การกำจัดสิ่งปฏิกูลของพื้นที่และการบังคับใช้กฎหมาย 2) ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

1.2 ผลการประเมินการดำเนินงาน เมื่อพิจารณาผลการประเมินรายด้านทั้ง 4 ด้าน ตาม CIPP Model พบว่า ปัจจัยด้านบริบท อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.6) ปัจจัยด้านนำเข้า อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.3) ปัจจัยด้านกระบวนการ อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.4) และด้านผลผลิตอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.1) เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม มีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.3) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีความความคิดเห็นในระดับมากที่สุด คือ โครงการมีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ วัตถุประสงค์และ

เป้าหมายการดำเนินงานมีความเหมาะสม และสภาพแวดล้อมมีความเหมาะสมในการดำเนินงาน ส่วนประเด็นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ 80.0) ได้แก่ หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องร่วมบูรณาการการดำเนินงาน

ในการจัดสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล และบังคับใช้กฎหมาย ในการกำจัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Table 1)

**Table 1:** Results of Liver Fluke and Cholangiocarcinoma Prevention and Control Efforts. (n=365)

Evaluation Criteria	Mean	SD	95%CI	Level
<b>Contextual Aspects:</b>				
1. The project aligns with the health problems of the area.	4.7	0.48	4.4 - 4.9	Most
2. The objectives and goals are appropriate.	4.7	0.63	4.3 - 5.0	Most
3. The goals and timeline are achievable.	4.5	0.51	4.2 - 4.8	Most
4. The environment is suitable.	4.7	0.48	4.4 - 4.9	Most
5. The policy and operational guidelines are clearly communicated and practical.	4.5	0.51	4.1 - 4.7	Most
6. There is strong and effective collaboration among network partners.	4.6	0.50	4.3 - 4.8	Most
<b>Overview of Contextual Aspects</b>	<b>4.6</b>	<b>0.29</b>	<b>4.4 - 4.8</b>	<b>Most</b>
<b>Input Factors:</b>				
7. The plan is clearly defined and appropriate.	4.4	0.50	4.1 - 4.6	High
8. The target groups are clearly identified, and the number of target groups is suitable.	4.5	0.51	4.2 - 4.8	High
9. Effective management and collaboration with network partners.	4.3	0.48	4.0 - 4.5	High
10. Adequate and appropriate support of medical supplies, equipment, materials, etc.	4.2	0.55	3.8 - 4.4	High
11. Sufficient budget support for operations.	4.0	0.57	3.6 - 4.3	High
12. Skills, knowledge, abilities, and readiness of the personnel are appropriate.	4.3	0.63	3.9 - 4.6	High
<b>Overview of Input Factors</b>	<b>4.2</b>	<b>0.28</b>	<b>4.1 - 4.4</b>	<b>High</b>
<b>Process Factors:</b>				
13. The plan is followed and implemented as outlined.	4.2	0.43	3.9 - 4.4	High
14. Integration of operations among the involved agencies.	4.4	0.50	4.1 - 4.6	High
15. Screening of at-risk groups is targeted and meets the specified criteria.	4.5	0.66	4.0 - 4.8	Most
16. Communication and public relations are ongoing and effectively reach the target groups.	4.5	0.51	4.2 - 4.8	Most

Evaluation Criteria	Mean	SD	95%CI	Level
17. Activities for changing health behaviors are conducted for children, students, youth, and the general public.	4.5	0.51	4.2-4.8	Most
18. Individuals identified with infections or suspected bile duct cancer receive diagnosis and care according to established guidelines.	4.3	0.48	4.0 - 4.5	High
19. Follow-up care for patients in palliative care or post-surgery is provided.	4.2	0.43	3.9 - 4.4	High
20. Data recording is comprehensive and up to date.	4.2	0.43	3.9 - 4.4	High
21. Monitoring and evaluation of the implementation are carried out.	4.4	0.50	4.1 - 4.6	High
22. Budget support for operations is provided by other agencies.	4.3	0.48	4.0 - 4.5	High
<b>Overall Process Factors</b>	<b>4.3</b>	<b>0.35</b>	<b>4.1 - 4.5</b>	High
<b>Output Factors:</b>				
23. Integration and construction of waste treatment facilities and enforcement of regulations.	3.8	0.72	3.3 - 4.1	High
24. Behavioral changes in public health practices among the population.	3.8	0.68	3.4 - 4.2	High
25. Screening for liver fluke in at-risk populations aged 15 years and older.	3.9	0.49	3.6 - 4.1	High
26. Screening for bile duct cancer in at-risk populations aged 40 years and older.	4.2	0.55	3.8 - 4.4	High
27. Suspected bile duct cancer cases are referred for CT Scan or MRI.	4.2	0.59	3.8 - 4.5	High
28. All confirmed bile duct cancer patients are referred for treatment.	4.3	0.48	4.0 - 4.5	High
29. Recording of all liver fluke infections and bile duct cancer cases in the database for referral and follow-up.	4.2	0.43	3.9 - 4.4	High
30. Food product manufacturers using fish are aware and adhere to safe food standards.	4.0	0.40	3.7 - 4.2	High
31. Medical personnel receive training to enhance knowledge and operational skills.	4.3	0.48	4.0 - 4.5	High
32. All schools from kindergarten to lower secondary levels in the area include liver fluke and bile duct cancer in their curriculum.	3.9	0.86	3.4 - 4.3	High
<b>Overall Output Factors Summary</b>	<b>4.0</b>	<b>0.38</b>	<b>3.8 - 4.2</b>	High
<b>Overview</b>	<b>4.3</b>	<b>0.29</b>	<b>4.1 - 4.4</b>	High

2. การประเมินความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมะเร็งท่อน้ำดี

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 44.9 เพศหญิง ร้อยละ 55.1 มีอายุเฉลี่ย 53.4 ปี (ต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 75 ปี) การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.0 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 73.7 มีประวัติเคยตรวจพยาธิ ร้อยละ 89.0 ด่วยอุจจาระ ร้อยละ 68.8 ผลตรวจพบพยาธิ ร้อยละ 26.0 เข้ารับการรักษาและ กินยาครบ ร้อยละ 25.2 มีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในครอบครัว ร้อยละ 2.2 ระบุเป็นพ่อของผู้เข้าร่วมโครงการสูงถึงร้อยละ 62.5 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 99.2 จากเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รองลงมาคือ บุคลากรทางการแพทย์ และกำนันผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 81.4, 52.9 และ 28.8 ตามลำดับ

ผ่านช่องทางหอกระจายข่าว สื่ออินเทอร์เน็ต และรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 60.0, 32.1 และ 30.1 ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเล็กกินดิบ ร้อยละ 72.3

2.2 การประเมินความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับครั้งที่ 1 ในวันที่ดำเนินการตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับและให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และครั้งที่ 2 ห่างกัน 3 เดือน พบว่า ในครั้งที่ 1 ประชาชนมีความรู้ที่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 64.1 (Mean = 11.8 SD =1.72) และครั้งที่ 2 หลังได้รับความรู้ประชาชนมีความรู้เพิ่มมากขึ้นโดยอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 78.4 (Mean =12.4 SD = 1.64) เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (Table 2, Table 3)

**Table 2:** Number and Percentage of Knowledge Levels about Liver Fluke Disease Before and After Development. (n = 365)

Knowledge Level	Before Development	After Development
	n (%)	n (%)
Low: Correct answers less than 60%	22 (6.0)	12 (3.3)
Moderate: Correct answers between 60% and 79%	109 (29.9)	67 (18.3)
High: Correct answers 80% and above	234 (64.1)	286 (78.4)
<b>Before Development:</b>	Mean =11 .8, SD = 1.72, Max = 64.1, Min = 6.0	
<b>After Development:</b>	Mean = 12.4, SD = 1.64, Max = 78.4, Min = 3.0	

**Table 3:** Comparison of Mean Scores of Knowledges about Liver Fluke Disease Before and After Development.

Knowledge	Results of Comparison							
	n	Mean	SD	$\bar{d}$	SD	95%CI	t	p-value
Before Development	365	11.8	1.72	0.6	2.38	0.3 - 0.8	4.7	< .001*
After Development	365	12.4	1.64					



2.3 การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

จากการสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.9 ภายหลังได้รับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ

ใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.4 เพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนา ร้อยละ 34.5 และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สรุปว่า หลังการพัฒนาในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Table 4, Table 5)

**Table 4:** Number and Percentage of Levels of Behavior in Preventing Liver Fluke Disease Before and After Development. (n = 365)

Behavior Level	Before Development	After Development
	n (%)	n (%)
Low: less than 60%	114 (31.2)	0 (0.0)
Moderate: between 60% and 79%	182 (49.9)	170 (46.6)
High: 80% and above	69 (18.9)	195 (53.4)
<b>Before Development:</b> Mean = 16.3, SD = 3.5, Max = 18.9, Min = 31.2		
<b>After Development:</b> Mean = 19.7, SD = 1.8, Max = 53.4, Min = 0.0		

**Table 5 :** Comparison of Mean Scores of Liver Fluke Disease Prevention Behavior Before and After Development.

Knowledge	Results of Comparison							
	n	Mean	SD	$\bar{d}$	SD	95%CI	t	p-value
Before Development	365	16.3	3.5	3.4	3.6	0.3 - 0.8	4.7	< .001*
After Development	365	19.7	1.8					

**อภิปรายผล**

จากผลการวิจัยการประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น สามารถนำมาสรุปประเด็นสำคัญดังนี้

1. การประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ในปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านบริบท พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.6) โดยผู้บริหารและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่เห็นว่าโครงการป้องกันควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ การกำหนดวัตถุประสงค์และ

เป้าหมายการดำเนินงานมีความเหมาะสม โดยพิจารณาจากลักษณะที่ตั้งของชุมชนที่ใกล้แหล่งน้ำมีสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับ และประชาชนส่วนใหญ่ยังมีวัฒนธรรมการกินปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chutima (2022); Rujira (2021) ที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานปลาดิบของคนในชุมชน ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินการเฝ้าระวังคัดกรองโรคมาอย่างต่อเนื่อง แต่โดยวัฒนธรรมและวิถีชีวิตคนในชุมชน ยังพบพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ หรือดิบ ๆ สุก ๆ โดยพฤติกรรมเหล่านี้พบมากในกลุ่มวัยทำงาน

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.3) โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน และจำนวนกลุ่มเป้าหมายมีความเหมาะสม การจัดทำแผนงานโครงการมีการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งและบุคลากรผู้ดำเนินงานมีทักษะ ความรู้ และความสามารถครูโรงเรียนอนุบาลจนถึงระดับมัธยมศึกษาได้รับการอบรมหลักสูตรการจัดการเรียนสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ครอบคลุมร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chutima (2022); Waraporn (2021) ที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้คำนึงถึงความต้องการของชุมชนเป็นสำคัญซึ่งได้จากวิเคราะห์ความต้องการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกัน นำมาสู่ประเด็นในการร่วมกันในการวางแผนและดำเนินการเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

1.3 ด้านกระบวนการ พบว่า อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.4) โดยมีการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย การสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นไปอย่างต่อเนื่องและถึงกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งมีการให้ความรู้และกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน และมีการจัดการเรียนการสอน เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ทุกแห่ง มีการบูรณาการ

ดำเนินงานและการติดตามประเมินผลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chutima (2022); Waraporn (2021); Sommai (2019); Kasorn (2018) พบว่า ผลสำเร็จของการดำเนินงานจะต้องมีการทบทวนการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ ทักษะที่ถูกต้อง ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมถึงการให้ความรู้และกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนกลุ่มคนรุ่นใหม่โดยการจัดการเรียนการสอนเรื่อง โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี นำไปสู่การสร้างเยาวชนคนรุ่นใหม่ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.4 ในพื้นที่เพื่อตรวจอุจจาระหรือปัสสาวะหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ สามารถดำเนินการได้ตรงกลุ่มเป้าหมาย ผู้สงสัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการส่งต่อเพื่อทำ CT Scan หรือ MRI ทุกราย และผู้ป่วยยืนยันป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีทุกรายได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา รวมทั้ง บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยประเด็นที่จะต้องเร่งดำเนินการ คือ การสร้างหรือปรับปรุงบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลของตำบลสีชมพู ซึ่งมี 1 แห่ง ให้เป็นไปตามมาตรฐานและการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนของเด็กและเยาวชนควบคู่ไปกับการกระตุ้นให้ประชาชนทั่วไปมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rujira (2021); Khon Kaen Provincial Public Health Office (2022) พบว่า ผลกระทบมากที่สุดที่อาจส่งผลให้พื้นที่ที่ยังพบการติดเชื้อสูง คือ พฤติกรรมการรับประทานปลาดิบของคนในชุมชน และการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคในแหล่งน้ำในพื้นที่

2. การประเมินความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า หลังการให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ซึ่งพบว่าการจัดโปรแกรมอบรมความรู้และการติดตามส่งเสริม

ความรู้ในระดับครัวเรือนส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาร้อยละ 14.3 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Waraporn (2021); Weeraphon (2017) พบว่า การให้ความรู้ ทักษะชีวิตที่ถูกต้องแก่ผู้ติดพยาธิใบไม้ เป็นส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมส่วนบุคคลในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยระดับความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคมียผลมาจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

3. การประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการได้รับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งพบว่า การอบรมความรู้ การสนทนากลุ่ม การติดตามประเมินร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นประจำเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา ร้อยละ 34.5 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Natnapa (2020); Weeraphon (2017) พบว่า การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของชุมชนเป็นความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม การได้รับโปรแกรมการอบรมให้ความรู้เป็นแนวทางสำคัญในผลสำเร็จของการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

### สรุปผล

จากผลการวิจัย พบว่า อำเภอสีชมพูมีการดำเนินงานตามมาตรการ 8 มาตรการของแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า นโยบาย วัตถุประสงค์ และเป้าหมายสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ มีความพร้อมทั้งบุคลากร ทรัพยากร และงบประมาณในการดำเนินงาน มีการจัดทำแผนงานโครงการและการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง แต่หากมีการทำประชาคมกับประชาชนจะทำให้ได้แผนงานโครงการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลการประเมินการดำเนินงานพบว่า มีข้อบกพร่องสิ่งปฏิกฎ 1 แห่ง แต่ไม่เป็นไปตาม

มาตรฐานและไม่มีกำบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด การคัดกรองหาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้ที่พบเชื้อและผู้ที่ยังสงสัยมะเร็งท่อน้ำดีมีการนำเข้าสู่ระบบการรักษา และการส่งต่อตามขั้นตอนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้น มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชนในโรงเรียนควบคู่กับการเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ประกอบการอาหารและประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งจากการสำรวจความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ หากจะให้บรรลุตามเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” จะต้องดำเนินการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้มาตรการทั้ง 8 มาตรการเป็นแนวทางขับเคลื่อน

นอกจากนั้นแล้วผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ได้แนวทางในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่สามารถนำไปขยายผลสู่ตำบลเสี่ยงสูงที่มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 อีกจำนวน 4 ตำบล ใน 4 อำเภอของจังหวัดขอนแก่น โดยมุ่งเน้นกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้ควบคู่กับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการฝึกทักษะการตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2) การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นโดยเฉพาะกับสุขภาพบุคคล 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน 4) การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อหากวิธีที่จะสามารถแก้ไขพฤติกรรมของประชาชนที่ตรงกับสภาพวิถีชีวิตจริง ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยให้เกิดการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และ 5) การจัดระบบบริการคัดกรองการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้าถึงและตรงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น อันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพการคัดกรองเข้าสู่ระบบการรักษารวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอัตราการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 การศึกษาในครั้งนี้ เลือกกรณีศึกษาโดยเน้นการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่ที่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจด้วยวิธี Modified Kato Kate ในปี พ.ศ. 2566 สูงที่สุดในจังหวัดขอนแก่น แม้ผู้บริหารและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ จะเห็นว่าโครงการดังกล่าวมีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ก็ตามที่ แต่กลับพบว่าประชาชนเกินกว่าครึ่งยังคงมีพฤติกรรมการกินลาบ-ก้อยปลาดิบ กินแจ่วบองปลาร้าดิบ กินปลาร้าดิบ กินปลาจ่อมดิบ กินปลาต้มดิบ รวมไปถึงจนถึง การถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา ที่สวน ที่นา เวลาออกไปทำสวน ทำนา ฉะนั้น การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาอย่างได้ผลนั้น สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือ ต้องสร้างให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะกับสุขภาพบุคคล และการจัดการสิ่งแวดล้อม ในชุมชน การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการจัดองค์ความรู้ที่ตรงกับสภาพวิถีชีวิตจึงเป็นกิจกรรมอันสำคัญที่ช่วยให้แต่ละกลุ่มตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

1.2 โรงเรียนถือเป็นส่วนสำคัญสำหรับการกำหนดอนาคตในการจัดการปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ควรมุ่งเน้นการจัดองค์ความรู้ การสนับสนุนสื่อความรู้ที่เพียงพอและทันสมัยต่อการเรียนการสอนที่เด็กและเยาวชนจำได้ง่าย สามารถนำไปสื่อสารกับผู้ปกครองที่บ้านได้ รวมไปถึงจนถึงการติดตามประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียนในประเด็นปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง

1.3 การจัดการในประเด็นการเทหิงสิ่งปฏิกูลลงสู่ที่และทางสาธารณะ แม้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีการกำหนดไว้เป็นข้อบัญญัติในทุกพื้นที่แล้วก็ตามที่ แต่ควรจะเร่งรัดให้มีการก่อสร้างบ่อเกรอะ ลานทรายกรอง ทรายตาก เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว รวมไปถึงจนถึงการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

1.4 การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อสม. เพื่อสร้างส่วนร่วมการดำเนินงานที่เกิดประสิทธิภาพ

โดยเฉพาะประเด็นการสื่อสาร การแจ้งขั้นตอนการตรวจคัดกรอง การเคาะประตูให้ความรู้ที่มากขึ้น นับเป็นส่วนสำคัญในมาตรการเชิงรุกกลุ่มเป้าหมายการรับบริการทางตรง

#### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มนักเรียนและเยาวชน เพื่อนำไปกำหนดแผนการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของกลุ่มคนรุ่นใหม่

2.2 ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการกำจัดสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจรในระดับพื้นที่โดยประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

### References

Department of Disease Control. (2020). *Documents for the Ministry of Public Health's Government Inspection Round 2 of the Fiscal Year 2020* (Executive Summary). (n.d.): (n.p.).

Heebkaew N. et al. (2020). Development of a School-Based Health Literacy Model for Liver Fluke Prevention and Control Using Participatory Action Research. *The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 23(4), 1177-1183.

Khon Kaen Provincial Public Health Office. (2022). *Documents for the Ministry of Public Health's Government Inspection Round 2 of the Fiscal Year 2022* (Executive Summary). (n.d.): (n.p.).

Krejcie R.V. & Morgan D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/00131644700300030>

- Shanoi, S. (2019). Project evaluation of eliminating liver fluke and bile duct cancer dedicated as a royal charity to his majesty king for 70<sup>th</sup> reign anniversary in 2016 and her majesty queen growing up 84<sup>th</sup> birthday, in 2017, his majesty king growing up 90<sup>th</sup> birthday, a case study of Muang Phia sub-district, Ban Phai District, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 1(1), 51-63.
- Somphan R. et al. (2021). *Studied the problem of developing a model Subdistrict for solving the problems of liver fluke disease and bile duct cancer, We Subdistrict, Yang Talat District, Kalasin Province* (Research Reports). Khon Kaen: The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen.
- Soodboonma W. et al. (2021). A community participation of Liver Fluke Prevention. *Journal of nursing and health care*, 39(3), 81-90.
- Srisathitnarakun, B. (2002). *The methodology in nursing research*. Bangkok: Faculty of Nursing Chulalongkorn University.
- Thaewnongiew K. et al. (2018). Sub-district health management evaluation of liver flukes and cholangiocarcinoma surveillance, prevention and control in 7<sup>th</sup> health area. *Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen*, 25(3), 77-87.
- Watcharakul C. et al (2022). *Studied the results of the learning unit Teaching operations. About liver fluke disease and bile duct cancer According to the measures to promote the prevention and control of liver fluke disease at the primary school level* (Research Reports). Khon Kaen: Regional Health 7<sup>TH</sup>.
- Wisetsang W. et al. (2017). Behavior modification program by family health leader to reduce the occurrence of liver fluke among working age group at Khayung sub-district, Uthumphon phisai district, Sisaket province. *Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen*, 24(3), 61-74.
- Wongratana, C. (2007). *Techniques for using statistics for research*. Nonthaburi: Tai Neramitkit Inter Progressive Co., Ltd.

## คำแนะนำและหลักเกณฑ์ในการส่งบทความ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) การแพทย์และสาธารณสุข (Medicine and Public Health) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม) และฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) ของทุกปี โดยรับบทความเป็นภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ และเผยแพร่รูปแบบออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสารฯ ที่ <https://thaidj.org/index.php/pjne> ISSN (Online) : 2774-017X และรูปแบบรูปเล่ม ISSN (Print) : 2774-0250 มีคำแนะนำและหลักเกณฑ์ในการส่งบทความ ดังนี้

1. ประเภทบทความในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) เปิดรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1.1 บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง งานเขียนทางวิชาการที่ผู้เขียนนำเสนอเนื้อหาสาระใดสาระหนึ่งเพียงหนึ่งเรื่องเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับความรู้ ข้อเท็จจริง มุมมองใหม่ ๆ หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในวงการวิชาการ และได้มีการเรียบเรียงผลงานวิชาการของตนเองหรือของผู้อื่นที่มีลักษณะเป็นการอธิบาย การวิเคราะห์การวิจารณ์หรือการนำเสนอแนวคิดใหม่ ๆ ตามหลักการทางวิชาการที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือ พร้อมทั้งแสดงทัศนะทางวิชาการของผู้เขียนไว้อย่างชัดเจน โดยมุ่งนำเสนอเฉพาะกลุ่มเป้าหมายในสาขาวิชาการ/วิชาชีพหนึ่ง ๆ ผ่านการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ/วิชาชีพสาขานั้น ๆ

1.2 บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สาระของบทความ

สะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์ การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อันจะนำไปสู่วัตถุประสงค์ของงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลและผลการวิจัย ข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยอันจะนำไปสู่ความก้าวหน้าทางวิชาการ และมีการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

1.3 บทความนวัตกรรม (Innovation Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นจากการใช้ความรู้ ทักษะประสบการณ์ และความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาขึ้น มีการจำแนกประเภทของนวัตกรรม โดยเกิดจากกระบวนการที่สำคัญ คือ การค้นหา (Searching) การเลือกสรร (Selecting) การนำไปปฏิบัติ (Implementing) และการเรียนรู้ (Learning) เป็นการนำเสนอผลงานอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อันจะนำไปสู่วัตถุประสงค์ของวิธีหรือแนวทางปฏิบัติ ลำดับขั้นตอนการพัฒนา ผลการดำเนินการ บทเรียนที่ได้รับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และร่องรอยหลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน หรือมีการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. การเตรียมบทความต้นฉบับแต่ละประเภท ตาราง ภาพ และแผนภูมิ บทความเรื่องหนึ่ง ๆ ไม่ควรมีตารางหรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน มีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่าย หรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกเป็นไฟล์ต่างหากร่วมด้วย องค์กรประกอบหัวข้อในแต่ละบทความมีดังนี้

## 2.1 บทความวิชาการ (Academic Article)

**ชื่อเรื่อง (Title)** ใช้ภาษาที่เป็นทางการ ชัดเจนตรงไปตรงมา ควรสั้นกะทัดรัด ครอบคลุมประเด็นของเรื่อง ควรมีลักษณะทั้งแบบมองเห็นความสำคัญของแนวคิดหลักและประโยชน์ที่ได้รับ (Didactic) และเห็นแก่นขององค์ความรู้ (Lapidaric) ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้นิพนธ์ (Author)** ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

**บทคัดย่อ/Abstract** เป็นการสรุปประเด็นเนื้อหาที่เป็นแก่นสำคัญตามลำดับโครงการสร้างประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ ซึ่งอ่านแล้วต้องเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยชน์สมควรมีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**คำสำคัญ/Keywords** ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

**บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนที่ผู้เขียนจงใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเรื่อง ใช้ภาษาที่กระตุ้นใจผู้อ่าน ยกปัญหาที่กำลังเป็นที่สนใจมาอภิปรายตั้งประเด็นคำถามหรือปัญหาที่ทำทลายความคิดของผู้อ่าน กล่าวถึงประโยชน์ที่ผู้อ่านจะได้รับจากการอ่าน กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ หรือให้คำชี้แจงที่มาของการเขียนบทความ บอกขอบเขตของบทความเพื่อให้ผู้อ่านไม่คาดหวังเกินขอบเขตที่กำหนด และปูพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่านเรื่องนั้นให้แก่ผู้อ่าน

**เนื้อหาสาระ (Contents)** ใช้คำในภาษาไทย ใส่คำภาษาต่างประเทศไว้ในวงเล็บ เขียนคำให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของราชบัณฑิตยสถาน สะกดคำให้ถูกต้อง

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ควรตรวจทานงานไม่ให้ผิดพลาด เพราะจะเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนจะต้องเขียนอธิบายให้ผู้อ่านเกิดความกระจ่างใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การจัดลำดับหัวข้อการนำเสนอ การยกตัวอย่างที่เหมาะสม การนำเสนออาจประกอบด้วย การใช้ภาพวาด ภาพถ่าย แผนภูมิ ตาราง และแผนสถิติ เป็นต้น ควรนำเสนอความคิดเห็นของผู้เขียน ด้วยการวิเคราะห์ วิจัยข้อมูลเนื้อหาสาระตามหลักวิชาการ

**บทสรุป (Conclusion)** ต้องมีการสรุปประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมาเขียนรวมกันไว้อย่างสั้น ๆ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร บอกแนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ของสิ่งที่กล่าวมาว่าสามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป ควรมีการตั้งคำถามหรือให้ประเด็นทิ้งท้ายกระตุ้นให้ผู้อ่านไปสืบเสาะแสวงหาความรู้ หรือคิดค้นพัฒนาเรื่องนั้นต่อไป

**เอกสารอ้างอิง (References)** เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7<sup>th</sup> edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ ไม่ควรใช้อ้างอิงจากบทความที่ถูกถอดถอนออกไปแล้วมาเป็นเอกสารอ้างอิง สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

## 2.2 บทความวิจัย (Research Article)

**ชื่อเรื่อง (Title)** ชื่อเรื่องควรมีตัวแปรต้นและตัวแปรตาม หรือประเด็นหลักในการวิจัย ควรสั้นกะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ มีความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้นิพนธ์ (Author)** ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

**บทคัดย่อ/Abstract** เป็นเนื้อหาที่มีสาระเข้มข้น สั้น กระชับ ถูกต้อง และสมบูรณ์ในตัวเอง นำเสนอข้อมูลตามโครงสร้างของบทความ ได้แก่ การเกริ่นนำความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ใช้คำประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องการความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**คำสำคัญ/Keywords** ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำค้นหาคำค้นจากดัชนีค้นเอกสารในวารสารและดัชนีประเภทต่าง ๆ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

**บทนำ (Introduction)** อธิบายถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ลักษณะ และขนาดความรุนแรง แสดงให้เห็นถึงภูมิหลังของปัญหาหรือช่องว่างของงานวิจัย (Gap of Knowledge) ควรอ้างอิงจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบเพื่อนำเข้าสู่ประเด็นปัญหาที่ต้องการจะแก้ปัญหาคำตอบที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาและให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของบทนำ และชี้ให้เห็นว่าประเด็นที่ต้องการจะค้นคว้าหาคำตอบนั้นมีความสำคัญอย่างไร ทำไมจึงต้องทำวิจัยถ้าไม่ทำจะเกิดผลเสียอย่างไร

**วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)** เป็นการบอกจุดมุ่งหมายที่นักวิจัยต้องการค้นคว้าหาคำตอบตามปัญหาวิจัย เขียนอยู่ในรูปแบบของประโยคบอกเล่า ใช้ภาษาสื่อสารที่ชัดเจนตรงประเด็นถึงสิ่งที่นักวิจัยต้องการจะทำ อาจเขียนแยกเป็นข้อ ๆ ตามลำดับความสำคัญ เช่น วัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์เฉพาะ

**วิธีดำเนินการวิจัย (Methods หรือ Material and Methods)** อธิบายขั้นตอนการวิจัยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย โดยระบุรูปแบบแผนการศึกษา (Study

design, Protocol) เช่น การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) การวิจัยและพัฒนา (Research and development) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ให้ระบุช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาค้นคว้า การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้ชัดเจนและกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

**ผลการวิจัย (Results)** อธิบายถึงสิ่งที่ได้จากการศึกษาหรือวิจัย ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการแสดงถึงผลการทดสอบสมมติฐาน ควรยึดวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยเป็นหลักชี้ให้เห็นว่าผลการวิจัยใดบรรลุวัตถุประสงค์อย่างไรบ้าง และสอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างไร นำเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นพรรณนา แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

**อภิปรายผล (Discussion)** อธิบายขยายความผลการวิจัย แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ควรมีข้อค้นพบ



สนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น วิจัยผลลัพธ์ที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง และเป็นกลาง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมี เพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่าผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่และให้ข้อเสนอแนะที่น่าผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

**สรุปผล (Knowledge)** เป็นการสรุปเนื้อหาในงานวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาว่าองค์ความรู้ใหม่ที่ผู้วิจัยค้นพบ หรือองค์ความรู้ที่ลึกกว่าหรือแตกต่างจากองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่อย่างไร

**ข้อเสนอแนะ (Suggestions)** เป็นการเขียนข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยประกอบด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ซึ่งการเขียนข้อเสนอแนะดังกล่าวต้องเขียนภายใต้ข้อค้นพบจากการวิจัย

**เอกสารอ้างอิง (References)** เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง (In-text Citation) โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7<sup>th</sup> edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร อ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7<sup>th</sup> edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

### 2.3 บทความนวัตกรรม (Innovation Article)

**ชื่อนวัตกรรม (Title)** ควรมีความหมายในตัวเอง สั้น กระชับรัดกุมและชัดเจน เพื่อระบุถึงนวัตกรรมที่จะทำการศึกษา ควรคำนึงถึงเนื้อหาของเรื่องที่ต้องการศึกษา ควรมีความสอดคล้องกัน ไม่ซ้ำซ้อนกับนวัตกรรมที่ทำมาแล้ว ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนในประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องพิจารณาเพื่อหลีกเลี่ยง ไม่ใช่คำย่อ มีความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้รับผิดชอบผลงาน (Author)** ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

### ประเภทนวัตกรรม

1) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่เดิมให้มีคุณสมบัติ รูปลักษณ์ หรือการใช้งานที่ดียิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า เพิ่มมูลค่าให้กับผลิตภัณฑ์ และสร้างรายได้เปรียบในตลาด

2) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) หมายถึง การปรับปรุงหรือพัฒนากระบวนการทำงาน การผลิต การให้บริการ หรือการดำเนินงานในองค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุน ปรับปรุงคุณภาพ หรือสร้างความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ แนวคิดใหม่ หรือวิธีการทำงานใหม่

3) นวัตกรรมระบบบริการ (Service Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น เพิ่มคุณค่า สร้างประสบการณ์ที่ดี และช่วยให้องค์กรสามารถสร้างความแตกต่างจากคู่แข่ง โดยอาจรวมถึงการใช้เทคโนโลยี แนวคิด หรือกระบวนการใหม่ในการให้บริการ

4) นวัตกรรมทางการบริหาร (Administrative Innovation) หมายถึง การพัฒนาหรือปรับปรุงระบบ วิธีการ หรือกระบวนการบริหารจัดการภายในองค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ลดความซับซ้อน ปรับปรุงการตัดสินใจ และสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และความร่วมมือในองค์กร โดยนวัตกรรมนี้มุ่งเน้นที่โครงสร้างและกระบวนการทางการบริหารมากกว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการ

**บทนำ (Introduction)** อธิบายถึงความสำคัญและที่มาของปัญหามาซึ่งนวัตกรรม ระบุถึงปัญหาหรือความท้าทายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักวิชาการ งานวิจัย ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐานบนเหตุผล อธิบายเหตุผลที่เลือกทำการพัฒนา  
นวัตกรรม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากนวัตกรรม  
นี้ อธิบายถึงประโยชน์ที่จะนำไปใช้ได้จริง ในด้านวิชาการ  
และประโยชน์ในเชิงประยุกต์

**วัตถุประสงค์ (Objectives)** อธิบายถึง  
การค้นหาคำตอบของประเด็นปัญหา เป็นการกำหนด  
ประเด็นการศึกษา ต้องชัดเจน และเฉพาะเจาะจง  
ไม่คลุมเครือ โดยบ่งชี้ถึงสิ่งที่จะทำ ทั้งขอบเขต และ  
คำตอบที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว  
การตั้งวัตถุประสงค์ต้องให้สมเหตุสมผลกับทรัพยากร  
ที่เสนอขอ และเวลาที่จะใช้ อาจจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ  
(1) วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective) กล่าวถึง  
สิ่งที่คาดหวังหรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นการแสดง  
รายละเอียดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในระดับกว้าง และ (2)  
วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective) จะพรรณนา  
ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยอธิบายรายละเอียดว่าจะทำ  
อะไร โดยใคร ที่ไหน เมื่อไร และเพื่ออะไร โดยการเรียง  
หัวข้อควรเรียงตามลำดับความสำคัญ ก่อน-หลัง

**เป้าหมาย (Target)** เป็นการกำหนด  
และวัดผลความสำเร็จของนวัตกรรม โดยต้องมีความ  
ชัดเจน ครอบคลุม สิ่งที่ต้องการบรรลุในอนาคต ซึ่งควรมี  
เฉพาะเจาะจง (Specific) วัดผลได้ (Measurable) ทำได้จริง  
(Achievable) เกี่ยวข้อง (Relevant) มีกรอบเวลา (Time-  
bound) ควรมีอย่างน้อย 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิง  
ปริมาณ (Quantitative Indicators) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ  
(Qualitative Indicators) และตัวชี้วัดเชิงผลกระทบ  
(Impact Indicators)

**วิธีดำเนินการ (Methodology)** เป็นการ  
ให้รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการดำเนินการแต่ละ  
ขั้นตอนจะทำอย่างไร ต้องระบุถึงระยะเวลาที่จะใช้ในการ  
ดำเนินงาน ควรให้รายละเอียดในเรื่องวิธีการศึกษาใช้วิธี  
แบบใด เช่น จะใช้แบบทดลอง เชิงคุณภาพ หรือจะใช้  
แบบผสมผสานหลาย ๆ วิธีรวมกัน แหล่งข้อมูลที่จะเก็บ  
ข้อมูล ประชากรที่จะศึกษา การกำหนดคุณลักษณะของ  
ประชากร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จะใช้ในการศึกษา  
ขั้นตอนการศึกษา และการประมวลผลข้อมูลและการ  
วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติอะไรบ้างในการวิเคราะห์ข้อมูล

**ผลการดำเนินการ (Results)** กล่าวถึง  
ผลงานหลัก การเลือกวิธีและการเลือกสถานที่ทดลอง  
หรือศึกษา เพื่อให้ได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้  
เทคนิคที่ใช้ ผู้เขียนแสดงให้เห็นว่าดำเนินการทดลอง  
อย่างไร และรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีใด วิธีจัดทำกับข้อมูล  
เมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทดลองและเทคนิคต่าง ๆ  
แสดงให้เห็นว่าผู้เขียนจัดกระทำกับข้อมูลอย่างไร อาจจะเป็น  
วิธีคำนวณตามแนววิชาสถิติ หรืออาจเป็นวิธีสันนิษฐาน  
ตามหลักตรรกศาสตร์มาตีความหมายในด้านวิชาการ  
ที่ผู้เขียนศึกษาอยู่ โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์  
โดยทั่วไป และการอ่านเอกสารอื่น ๆ ที่ได้กล่าวอ้าง  
มาแล้วในบทต้น ๆ ผู้เขียนเสนอผลงาน รวมทั้งสรุปผล  
งานตั้งแต่ต้นจนถึงผลที่ได้ นอกจากนี้จากกล่าวถึงผลที่ได้  
ครั้งนี้มีความสำคัญอย่างไร ต่อสถานการณ์ที่เป็นจริง  
ข้อเสนอแนะ (Recommendation) และการอภิปราย  
อาจกล่าวถึงการนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุง  
สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ บางกรณีอาจมีเพียง  
ข้อเสนอแนะหรือการอภิปรายเกี่ยวกับผลอย่างใดอย่าง  
หนึ่งเท่านั้นก็ได้

**บทเรียนที่ได้รับ (Lessons Learned)**  
เป็นการสรุปผลและประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้จากนวัตกรรม  
โดยเน้นถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงในอนาคต  
หรือเป็นข้อมูลสำหรับการถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้อื่น  
อาจเขียนตามลำดับ เช่น ด้านการวางแผน ด้านการ  
ดำเนินงาน และด้านผลลัพธ์

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Factors of success)** เป็นการอธิบายปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ช่วยสนับสนุน  
ให้นวัตกรรมประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเนื้อหา  
ควรครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและ  
ควรนำเสนอในลักษณะที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถ  
นำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทอื่น

**ภาคผนวก (Appendix)** (ร่องรอย หลักฐาน  
ภาพถ่าย ชิ้นงาน เอกสารอ้างอิง ฯลฯ) ร่องรอย หลักฐาน  
ภาพถ่าย ชิ้นงาน ประมาณ 4-6 ภาพ เอกสารอ้างอิง  
เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความ  
ในเนื้อเรื่อง (In-text Citation) โดยการอ้างอิงจากระบบ  
การอ้างอิงแบบ American Psychological Association  
7<sup>th</sup> edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร

อ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7<sup>th</sup> edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

### 3. รูปแบบบทความ

3.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4 ตามแบบฟอร์มที่วารสารฯ กำหนด สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [R-00 \(From-2667\).docx - Google เอกสาร](#)

3.2 แบบอักษร TH SarabunPSK โดยหัวข้อใช้ขนาด 16 Point (ตัวหนา) เนื้อหาใช้ขนาด 16 Point (ปกติ)

3.3 ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งบทความ

### 4. การส่งบทความ จัดส่งได้ 2 วิธี ดังนี้

4.1 ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ได้ที่ <https://thaidj.org/index.php/pjne/index> ขั้นตอนการส่งบทความออนไลน์ (Submission Online) ศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ [คู่มือการส่งบทความวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่.pdf - Google ไดรฟ์](#)

4.2 ส่งบทความแบบไฟล์ Word พร้อมแผ่นซีดี ในรูปแบบหนังสือราชการ โดยระบุชื่อที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และอีเมลของผู้พิมพ์ให้ชัดเจน และจ่ายหน้าซองมาที่ กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่ 89 ถนนอนามย์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

\*กองบรรณาธิการจะรับพิจารณาบทความที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบหลังจากได้รับบทความแล้ว

### 5. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้พิมพ์

5.1 ผู้พิมพ์ ต้องมีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม และมีจรรยาบรรณในการดำเนินงานวิจัย และการเขียนรายงานผลการวิจัย

5.2 ผู้พิมพ์ ต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษา ไม่บิดเบือนข้อมูลและไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ

5.3 ผู้พิมพ์ ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นที่ปรากฏอยู่ในงานของตน

5.4 ผู้พิมพ์ ต้องไม่คัดลอกผลงานของบุคคลอื่น

5.5 ผู้พิมพ์ ต้องมีความรับผิดชอบต่องานของตน และรับรองว่าผลงานไม่เคยถูกตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพิจารณาตีพิมพ์ที่ใด

5.6 ผู้พิมพ์ ต้องระบุชื่อผู้เป็นเจ้าของผลงานร่วมทุกคน ระบุบทบาทหน้าที่และสัดส่วนของความรับผิดชอบอย่างชัดเจนในกรณีที่ไม่ได้เขียนคนเดียว

5.7 ผู้พิมพ์ ต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนในการทำวิจัยนี้

5.8 ผู้พิมพ์ ต้องการยกเลิกหรือถอนบทความหลังจากที่ผู้ประเมินบทความ (Peer Reviewers) พิจารณาแล้ว ผู้พิมพ์จะต้องชำระค่าประเมินบทความจำนวน 3,000 บาท

5.9 ในกรณีที่ผู้พิมพ์ทำผิดข้อกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อ 5.2, 5.3, 5.4 และ 5.5 วารสารฯ จะตัดสิทธิ์การตีพิมพ์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และวารสารฯ จะแจ้งหน่วยงานที่ผู้พิมพ์สังกัดหรือผู้พิมพ์แล้วแต่กรณี

### 6. จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี)

6.1 เคารพในการขอความยินยอม โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล (Respect for free and informed consent และ Respect to autonomy of decision making)

6.2 เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for privacy) ความหมายของ Privacy คือ ตัวบุคคล (Person) ความเป็นส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล พฤติกรรม ส่วนตัวพฤติกรรมปกปิด การเคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัครทำโดยจัดสถานที่ในการขอความยินยอมและการซักประวัติตรวจร่างกาย การไม่มีป้ายระบุชื่อคลินิก เช่น “คลินิกโรคเอดส์” “คลินิกยาเสพติด”

6.3 เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for confidentiality) ความหมายของ Confidentiality คือข้อมูล (Data) เป็นวิธีการรักษาความลับของข้อมูล ส่วนตัวของอาสาสมัครโดยมีข้อจำกัด ข้อมูลเหล่านั้น ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล (Case report form) ใบยินยอม (Consent form) การบันทึกเสียงหรือภาพ (Tape, Video and photo) มาตรการรักษาความลับ เช่น ไซร์หัทส เก็บในตู้มีกุญแจล็อก (Locked cabinet) เก็บในคอมพิวเตอร์ (Computer) ที่มีรหัสผ่าน (Password) ข้อมูลส่งทางเมลอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) มีการทำให้เป็นรหัส (Encrypted)

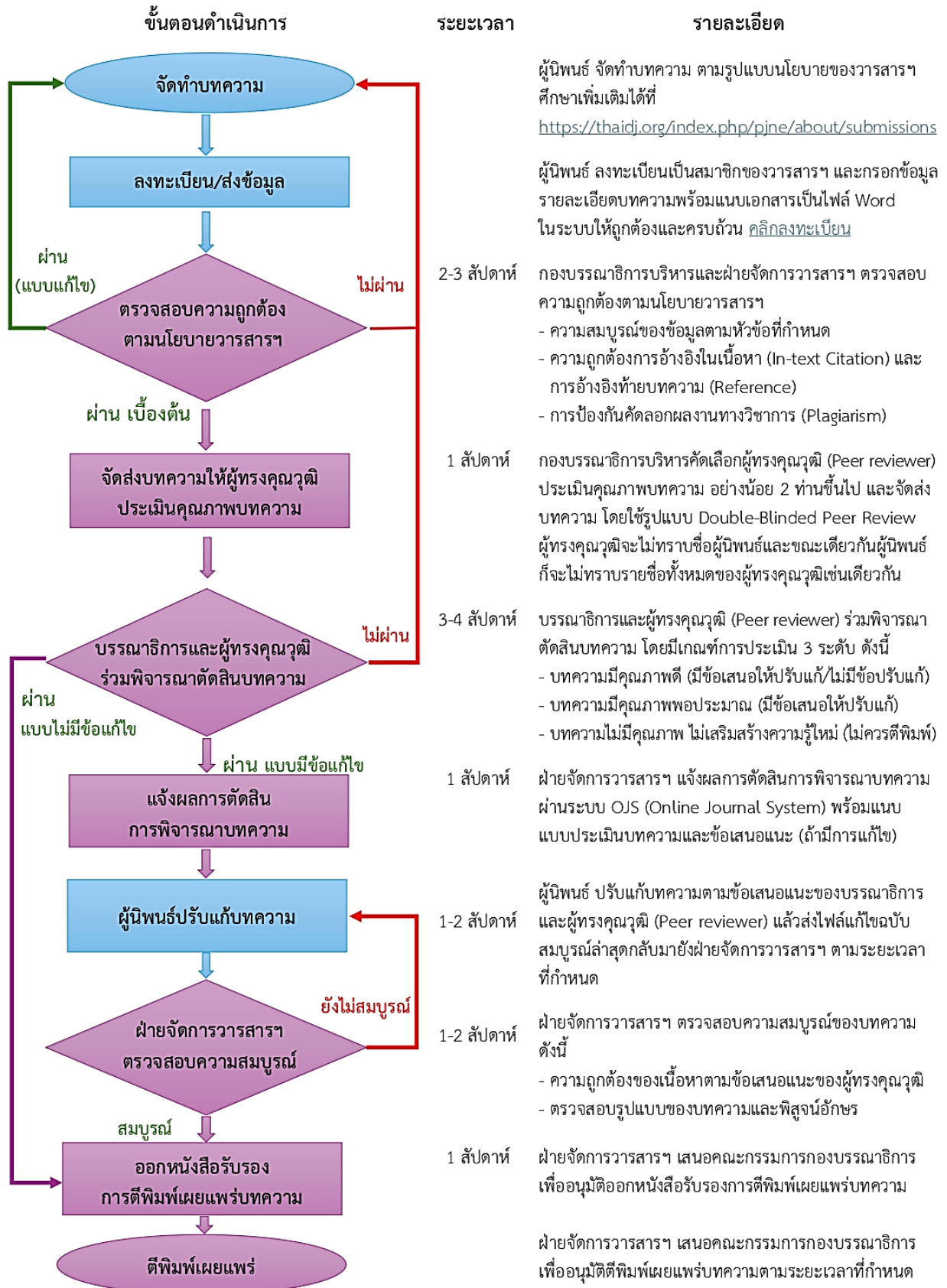
6.4 เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เปราะบาง (Respect for vulnerable persons) ความหมายของผู้อ่อนด้อย เปราะบาง คือ บุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับ ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ป่วยหมดสติ (Comatose) ผู้ป่วยพิการ (Handicapped) นักโทษ (Prisoners) นักเรียน นิสิต นักศึกษา (Students) ทหาร (Soldiers) กลุ่มคนที่มีพลังอำนาจน้อย (Marginalized people) เช่น ผู้อพยพ (Immigrants) ชนกลุ่มน้อย (Ethnic minority) กลุ่มเปียงเบนทางเพศ หรือกลุ่มรักร่วมเพศ (Homosexuality) กลุ่มเปราะบางทางสังคม (Socially vulnerable) เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ (Sex workers) ผู้ติดยาเสพติด (Drug addicts)

6.5 CIOMS Guideline 13 และ 14 ระบุว่า การทำวิจัยในกลุ่มนี้ต้องมีเหตุผลสมควร (Justification) ต้องขออนุญาตและมีลายเซ็นของผู้แทนที่ชอบด้วยกฎหมาย และมีการขออนุญาตบุคคลผู้นั้นด้วย การทำวิจัยในเด็ก ไม่สมควรทำการศึกษาในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ยกเว้นอาสาสมัครเด็กกำพร้าอาจจะได้รับประโยชน์โดยตรง หรือผลการวิจัยอาจจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเด็กกำพร้าคนอื่น ๆ และอนุโลมให้ผู้ดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าเป็นผู้ให้ความยินยอม ทั้งนี้ ต้องดำเนินการขอ Assent ตามข้อกำหนดเช่นกัน

## 7. สิทธิส่วนบุคคล

ชื่อและที่อยู่อีเมล หรือข้อมูลส่วนบุคคลที่กรอกในเว็บไซต์วารสารนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในงานวารสารฯ เท่านั้นและจะไม่เปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ในกิจกรรมอื่น ๆ หรือให้กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่นใดทราบ

ขั้นตอนการส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)



\*หมายเหตุ: ระยะเวลาการดำเนินงานอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมจากคณะกรรมการกองบรรณาธิการวารสารฯ

คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7<sup>th</sup> edition  
อ้างอิงมาจาก Publication Manual of the American Psychological Association  
(American Psychological Association, 2020)

สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Vol.39(1) เป็นต้นไป

1. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text Citation)

1.1 การอ้างอิงแบบนาม-ปี (Author-date Citation System)

	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
ผู้แต่ง 1 คน	Last Name/(Year) or (Last Name,./Year)	ชื่อ/นามสกุล/(ปีที่พิมพ์) หรือ (ชื่อ/นามสกุล./ปีที่พิมพ์)
	Phutthasombat (2023) or (Phutthasombat, 2023)	ภูรินทร์ พุทธสมบัติ (2566) หรือ (ภูรินทร์ พุทธสมบัติ, 2566)
ผู้แต่ง 2 คน	Last Name <sup>1</sup> /and/Last Name <sup>2</sup> /(Year) or (Last Name <sup>1</sup> /and/Last Name <sup>2</sup> ,/Year)	ชื่อ/นามสกุล <sup>1</sup> /และชื่อ/นามสกุล <sup>2</sup> /(ปีที่พิมพ์) หรือ (ชื่อ/นามสกุล <sup>1</sup> /และชื่อ/นามสกุล <sup>2</sup> ,/ปีที่พิมพ์)
	Bunlad and Papasa (2023) or (Bunlad and Papasa, 2023)	สิริยาภรณ์ บุญลาด และจุฑารัตน์ ปาปะสา (2566) หรือ (สิริยาภรณ์ บุญลาด และจุฑารัตน์ ปาปะสา, 2566)
ผู้แต่ง 3 ขึ้นไป	Last Name/et al./ (Year) or (Last Name/et al.,/Year)	ชื่อ/นามสกุล/และคณะ/(ปีที่พิมพ์) หรือ (ชื่อ/นามสกุล/และคณะ,/ปีที่พิมพ์)
	Subtoranee et al. (2024) or (Subtoranee et al., 2024)	วริษฐา ทรัพย์ธรณี และคณะ (2567) หรือ (วริษฐา ทรัพย์ธรณี และคณะ, 2567)
กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่	(n.d.)	(ม.ป.ป.)
กรณีไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์	(n.p.)	(ม.ป.ท.)

1.2 เอกสารที่นำมาอ้างอิงมากกว่า 2 แหล่งข้อมูล ให้เขียนเรียงตามลำดับตัวอักษร

- 1.2.1 งานวิจัยของยุทธนา พงษ์พิริยะเดชะ (2561) และสุวัจน์ ธีรสร (2563)
- 1.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนนักศึกษา (ยุทธนา พงษ์พิริยะเดชะ, 2561; สุวัจน์ ธีรสร, 2563)
- 1.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ (Pongpiriyadacha, 2017; Tanyaros et al., 2019)

1.3 การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ

- 1.3.1 การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
ผู้แต่ง 1 คน	Last Name/(Year) or Organization/(Year)	ชื่อ/นามสกุล (ปีที่พิมพ์) หรือองค์กร/(ปีที่พิมพ์)
	Phutthasombat (2023)	ภูรินทร์ พุทธสมบัติ (2566)
ผู้แต่ง 2 คน	Last Name <sup>1</sup> /and/Last Name <sup>2</sup> /(Year)	ชื่อ/นามสกุล <sup>1</sup> /และชื่อ/นามสกุล <sup>2</sup> /(ปีที่พิมพ์)
	Bunlad and Papasa (2023)	สิริยาภรณ์ บุญลาด และจุฑารัตน์ ปาปะสา (2566)
ผู้แต่ง 3 ขึ้นไป	Last Name/et al./ (Year)	ชื่อ/นามสกุล/และคณะ/(ปีที่พิมพ์)
	Subtoranee et al. (2024)	วริษฐา ทรัพย์ธรณี และคณะ (2567)
กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่	(n.d.)	(ม.ป.ป.)
กรณีไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์	(n.p.)	(ม.ป.ท.)

### 1.3.2 การอ้างอิงชื่อผู้เขียนหลังข้อความ

	ภาษาอังกฤษ	ภาษาไทย
ผู้แต่ง 1 คน	(Last Name,/Year) or (Organization,/Year)	(ชื่อ/นามสกุล,/ปีพิมพ์) หรือ (องค์กร,/ปีที่พิมพ์)
	(Phutthasombat, 2023)	(ภูธนรินทร์ พุทธสมบัติ, 2566)
ผู้แต่ง 2 คน	(Last Name <sup>1</sup> /and/Last Name <sup>2</sup> ,/Year)	(ชื่อ/นามสกุล <sup>1</sup> /และชื่อ/นามสกุล <sup>2</sup> ,/ปีพิมพ์)
	(Bunlad and Papasa, 2023)	(สิริยาภรณ์ บุญลาด และจุฑารัตน์ ปาปะสา, 2566)
ผู้แต่ง 3 ขึ้นไป	(Last Name/et al.,/Year)	(ชื่อ/นามสกุล/และคณะ,/ปีที่พิมพ์)
	(Subtoranee et al., 2024)	(วริษฐา ทรัพย์ธรรณี และคณะ, 2567)

### 1.4 การอ้างอิงจากบทสัมภาษณ์

ภาษาอังกฤษ
Last Name <sup>Interviewee</sup> /A./A./Title, October 1, 2019) or (Last Name <sup>Interviewee</sup> /A./A., /Title, October 1, 2019)
Tanyaros S. (Personal communication, October 1, 2019) or (Tanyaros S., Personal communication, October 1, 2019)
ภาษาไทย
ชื่อ/สกุลผู้ถูกสัมภาษณ์/(ชื่อเรื่อง,/วัน/เดือน/ปี) หรือ (ชื่อ/สกุลผู้ถูกสัมภาษณ์,/ชื่อเรื่อง,/วัน/เดือน/ปี)
สุวัจน์ ฉัญรส (การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 ตุลาคม 2562) หรือ (สุวัจน์ ฉัญรส, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 ตุลาคม 2562)
หมายเหตุ การเขียนอ้างอิงจากบทสัมภาษณ์ กรณีไม่มีการเผยแพร่เป็นสาธารณะ ให้เขียนอ้างอิงในเนื้อหาเท่านั้น โดยไม่ต้องใส่เป็นอ้างอิงท้ายเล่ม

### 1.5 การอ้างอิงที่ไม่มีชื่อผู้เขียน

ภาษาอังกฤษ
("Title",/Year)
("Primary Health Care", 2023)
ภาษาไทย
("ชื่อเรื่อง",/ปีที่เผยแพร่)
("การสาธารณสุขมูลฐาน", 2565)
หมายเหตุ กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ ม.ป.ป. หรือ n.d. กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ ปี เท่านั้น ถ้าชื่อเรื่องมียาวเกินไป ให้ใส่เฉพาะ คำแรก ๆ ของชื่อเรื่องเท่านั้น

### 1.6 การอ้างอิงราชกิจจานุเบกษา

การอ้างอิงราชกิจจานุเบกษาทำข้อความในเนื้อหาให้ใช้ชื่อกฎหมายและตามด้วยปี (ชื่อกฎหมาย,/พ.ศ.)  
(พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติมถึงปัจจุบัน (ฉบับที่ 8), 2553)

## 2. การเขียนอ้างอิงท้ายบทความ (Reference)

1. หนังสือ	Last Name,/A./A./Year./Title of the book/(Edition ed.)/Publisher. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ปีพิมพ์./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.
ผู้แต่ง 1 คน	Jirawatkul, A. (2010). <i>Statistics in health sciences for research</i> (2 <sup>th</sup> ed.). Bangkok: Witthayapat. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2553). สถิติทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
ผู้แต่ง 2 คน	Waiwanichkul N. & Udomsri C. (1992). <i>Business research methods</i> (4 <sup>th</sup> ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. นราศรี ไววนิชกุล และชูศักดิ์ อุดมศรี. (2535). ระเบียบวิธีวิจัยธุรกิจ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ผู้แต่ง 3 ขึ้นไป	Bunmongkol P. et al. (1998). <i>State of Art Review in Socio-economic and Behavioral Research on AIDS</i> . Bangkok: Rung Saeng Printing. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ. (2541). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: รุ่งแสงการพิมพ์
กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1	ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์
กรณีที่ผู้แต่งเป็นนิติบุคคล	เช่น หน่วยงาน องค์กร บริษัท หรือเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดพิมพ์ ใส่ชื่อย่อ ในส่วนของสำนักพิมพ์ หรือผู้รับผิดชอบในการจัดพิมพ์ เช่น WHO, มหาวิทยาลัย, สถาบัน, กรม, โรงพยาบาล
	Northeastern Regional Center for Primary Health Care Development, Department of Health Service Support. (2023). <i>Public Health Knowledge Management</i> . Khon Kaen: Anna Offset Printing House. ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). การจัดการความรู้สุขภาพภาคประชาชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์แอนนาออฟเซ็ท.
2. ดุษฎีนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์	Last Name,/A./A./Year./Title./[Dissertation]/Publisher:/Name of university. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ปีที่พิมพ์./ชื่อเรื่อง./[ดุษฎีนิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ปริญญา]/ ///////สถานที่พิมพ์:/ชื่อมหาวิทยาลัย.
	Prasertsuk, S. (2018). Factor Analysis of Pharmacist's Role in Patient Care of Primary Care System : Case Study in Northeastern Region Consciousness, [Thesis of Master of Pharmacy Program]. Graduate School: Khon Kaen University. ศิวพร ประเสริฐสุข. (2561). การวิเคราะห์องค์ประกอบบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยในระบบสุขภาพปฐมภูมิ : กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



<p>3. วารสารแบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์</p>	<p>Last Name./A./A./Year./Title./Name of journal./ Volume(Issue)/Page. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ปีที่พิมพ์./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่)/ เลขหน้า.</p>
<p>กรณีไม่มีเลข DOI</p>	<p>Seekud, P. (2022). Long Covid and Post-Covid Syndrome Health Complications. <i>Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)</i>, 37(1), 19-27. ภูรินทร์ สีกุด. (2565). ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังโควิด. <i>วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)</i>, 37(1), 19-27.</p>
<p>กรณีมีเลข DOI</p>	<p>Chantana, C. (2019). A Cooling System for A Mushroom House for Use in the Upper Central Region Climate of Thailand. <i>Naresuan University Journal: Science and Technology</i>, 27(3), 10-19. <a href="https://doi:10.14456/nujst.2019.22">https://doi:10.14456/nujst.2019.22</a></p>
<p>4. รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceedings)</p>	
<p>4.1 แบบรูปเล่มหนังสือ</p>	<p>Last Name./A./A./Year./Title./In/Editor's name/Ed. or Eds.), ///// Conference topic/(pp.).URL ชื่อ/นามสกุล./ปีที่พิมพ์./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหัวข้อการประชุม. /////ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.</p>
	<p>Katz I., Gabayan K., &amp; Aghajan H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. Popescu, &amp; P. Scheunders (Eds.), <i>Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems</i> (pp. 97-108). Springer-Verlag. <a href="https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9">https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9</a> พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศมาเลเซีย และสิงคโปร์ ศึกษาโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนาวาสี (บ.ก.), <i>การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ</i> (น. 97-102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.</p>
<p>4.2 ในรูปแบบวารสาร</p>	<p>Last Name./A./A./Year./Title:/Sub-title./Name of journal./Volume(Issue), /////Page./URL ชื่อ/นามสกุล./ปีที่พิมพ์./ชื่อเรื่อง./ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(ฉบับที่), /////เลขหน้า./URL</p>
	<p>Chaudhuri S., &amp; Biswas A. (2017). External terms-of-trade and labor market imperfections in developing countries: Theory and evidence. <i>Proceedings of the Academy of Economics and Economic Education</i>, 20(1), 11-16. <a href="https://search-proquest-com. elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285">https://search-proquest-com. elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285</a></p>

<p>5. การนำเสนองานวิจัย/ การนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)</p>	<p>Last Name./A./A./Year./Month/Date./Title/[Paper or Poster presentation]. ////////Conference Name, Location. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./วัน./เดือน/ปี./ชื่อเรื่อง/[Paper หรือ Presentation]. ////////ชื่อการประชุม./สถานที่.</p>
	<p>Haldrup S., Lapolla A., &amp; Gundgaard J. (2017, November 4-8). <i>Cost-effectiveness of switching to insulin degludec (ideg) in real-world clinical practice in Italy</i> [Poster presentation]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 20<sup>th</sup> Annual European Congress, Glasgow, Scotland. อนุชา แก้วพลสุข. (30-31, มีนาคม 2558). <i>การพัฒนาออกแบบแหล่งจ่ายกระแสคงที่: เปรียบเทียบระหว่างวงจรสะท้อนกระแสและไอซี LM317</i> [Paper presentation]. การประชุมวิชาการระดับชาติวิทยาศาสตร์วิจัย ครั้งที่ 7 มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก, ประเทศไทย.</p>
<p>6. เว็บไซต์</p>	<p>Last Name./A./A./Year./Month/Date./Title./ชื่อเว็บไซต์./URL ชื่อ/สกุลผู้เขียน./ปี/วัน/เดือนที่เผยแพร่./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL</p>
	<p>Sanmaae W. (2020, September 1). <i>Tomato seed production technology</i>. Horticultural Research Institute. <a href="http://www.doa.go.th/hort/?p=18779">http://www.doa.go.th/hort/?p=18779</a> วิศรุต สันมาแอ. (2563, 1 กันยายน). <i>เทคโนโลยีการผลิตเมล็ดพันธุ์มะเขือเทศ</i>. สถาบันวิจัยพืชสวน. <a href="http://www.doa.go.th/hort/?p=18779">http://www.doa.go.th/hort/?p=18779</a></p>
<p>หมายเหตุ</p>	<p>กรณีที่ไม่มีการเผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.) กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก</p>
<p>7. ราชกิจจานุเบกษา</p>	<p>ชื่อกฎหมาย./ปี./วัน/เดือน./ราชกิจจานุเบกษา./เล่ม/ตอนที่./หน้า/เลขหน้า.</p>
	<p>พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561. (2561, 10 พฤษภาคม). <i>ราชกิจจานุเบกษา</i>. เล่ม 135 ตอนที่ 33. หน้า 1-18.</p>

### เอกสารอ้างอิง

- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย. (2563). *คู่มือการเขียนเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม APA 7<sup>th</sup> edition* มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย [เอกสารประกอบการประชุม]. <http://eng.rmutsv.ac.th/engineeri/sites/default/files/u761/5.3%20คู่มือเขียนเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม-APA.pdf>
- มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2565, 22 กุมภาพันธ์). *การเขียนบรรณานุกรม รูปแบบ APA 7<sup>th</sup>*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th>
- วรวิทย์ จันทร์สุวรรณ. (2565, 1 พฤษภาคม). *การเขียนอ้างอิงแบบ APA 7th*. Active Learning: Learning for All. [https://web.rmutp.ac.th/woravith/?page\\_id=1840](https://web.rmutp.ac.th/woravith/?page_id=1840)
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7<sup>th</sup> ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>





ความร่วมมือ ร่วมใจ ด้วยความหนักแน่นมั่นคง เสียสละด้วยจิตใจอันบริสุทธิ์  
ระหว่างประชาชน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุน  
ให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อประชาชน

**ภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน** หมายถึง ประชาชน ครอบครัว และชุมชน

**ภาพกลุ่มคนประสานมือล้อมภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน** หมายถึง การประสานความร่วมมือ  
ขององค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน และองค์กรประชาชน เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเอง  
ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

**สีแดง** หมายถึง เลือดเนื้อของชีวิตมนุษย์ เปรียบเสมือนการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งจะหล่อเลี้ยงให้ประชาชนมีสุขภาพดี

**สีน้ำเงิน** หมายถึง ความยิ่งใหญ่ กว้างใหญ่ ความหนักแน่นมั่นคง