

PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL (NORTHEASTERN EDITION)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม 2568)

บทความวิชาการ บทความวิจัย และนวัตกรรม

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง



ISSN : 2774-0250 (Print)
ISSN : 2774-017X (Online)



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

นายแพทย์ภูวเดช สุระโคตร
ดร. ทันทแพทย์อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ
นายแพทย์กรฤกษ์ ลิ้มสมมุติ

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการบริหาร

นายถวิล เลิกชัยภูมิ
นายกฤษณชัย กิมชัย
นายพิพัฒน์พล พินิจดี
นางสาวนิตติยา คุ่มไพร
นางเปรมฤดี โคตรสมุทธ
นายภูวนรินทร์ สีฤค

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7
รองผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7
หัวหน้ากลุ่มสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน
หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ
หัวหน้ากลุ่มบริหารงานทั่วไป
ผู้ช่วยบรรณาธิการและเลขานุการ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร. พงษ์เดช สารการ
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรัชย์ พิมหา
รองศาสตราจารย์ ดร. นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ
รองศาสตราจารย์ ดร. จุริรัตน์ ดาตวง
รองศาสตราจารย์ ดร. พรธณี ปัญชรหัตถกิจ
รองศาสตราจารย์ ดร. ธนิตา ผาติเสนะ
รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง
รองศาสตราจารย์ ดร. สมุทนา กลางคาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติสร วงศ์คงเดช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย เอกสันติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภัสรา ศิริกาญจน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปวีณา ลิ้มปิติปราการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาไสโสภณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปธานิน แสงอรุณ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรัชณีย์ พัดงาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ยิ่งเอี่ยม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารยา เชียงของ
ดร. นายแพทย์ชาตรี เจริญชีวะกุล
ดร. ทันตแพทย์หญิงศรียุทธิพิศ ขาลีเครือ
ดร. ดุษฎี สุทธิไธ
ดร. เฉลิมพร นามโยธา
ดร. พรทิพย์ แก้วชิน
ดร. ชุภาศิริ อภินันท์เดชา
ดร. ขาลินี มานะยิ่ง

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 นครราชสีมา
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
วิทยาลัยนครราชสีมา
วิทยาลัยนครราชสีมา

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเปรมฤดี โคตรสมุทร
นางสาวสิริยาภรณ์ บุญลาด
นางสาวจุฑารัตน์ ปาปะสา
นางสาวณัฐธิดา สุวรรณ
นางสาวเมตตา พิมพ์สวัสดิ์
นางพรพนม ปราชัยภูมิ
นางสาวดวงใจ ปรีกัธโส
นางสาวอภิญญา วงษ์คนานุรักษ์
นายวิรัช กิจสกุล
นายธีรวัฒน์ หมั่นแก้วคราม
นางสาวจุฬารัตน์ ตุ่นป่า

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
นักจัดการงานทั่วไป
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านวิเคราะห์นโยบายและแผนงาน
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านธุรการ

เจ้าของวารสาร

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7
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

Phuwadat Surakhotand, M.D.
Arkorn Praditsuwan, D.D.S Ph.D.
Kornkrit Limsommut, M.D.

Director General, Department of Health Service Support
Deputy Director-General, Department of Health Service Support
Deputy Director-General, Department of Health Service Support

Editor-in-Chief

Thawin Lerkchaiyaphum
Krissanachai Kimchai
Phipadpole Pinitdee

Nitiya Koomprai

Premrudee Kotsamut

Poonarin Seekud

Director, Regional Health Service Support Office 7
Deputy Director, Regional Health Service Support Office 7
Chief of Health Education and Primary Health Care
Subdivision, Regional Health Service Support Office 7
Chief of Health Consumer Protection Subdivision,
Regional Health Service Support Office 7
Chief of General Administration Subdivision,
Regional Health Service Support Office 7
Assistant editor and Secretary

Editorial Board Members

Prof. Wongsu Laohasiriwong, Ph.D.
Assoc. Prof. Pongdech Sarakarn, Ph.D.
Assoc. Prof. Surachai Phimha, Ph.D.
Assoc. Prof. Natnapa Heebkaew Padchasuwan, Ph.D.
Assoc. Prof. Jureerut Daduang, Ph.D.
Assoc. Prof. Pannee Banchonhattakit, Dr.PH.

Assoc. Prof. Tanida Phatisena, Ph.D.
Assoc. Prof. Atthawit Singsalasang, Ph.D.
Assoc. Prof. Sumattana Glangkarn, Ph.D.
Asst. Prof. Adisorn Wongkongdet, Ph.D.

Khon Kaen University
Khon Kaen University
Khon Kaen University
Khon Kaen University
Khon Kaen University
Valaya Alongkorn Rajabhat University
under the Royal Patronage
Nakhon Ratchasima Rajabhat University
Nakhon Ratchasima Rajabhat University
Mahasarakham University
Mahasarakham University

Editorial Board Members [Continued]

Asst. Prof. Thawatchai Aeksanti, Ph.D.	Nakhon Ratchasima Rajabhat 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
Asst. Prof. Pathanin Sangaroon, Ph.D.	Sukhothai Thammathirat Open University
Asst. Prof. Suratchanee Phadngam, Ph.D.	Chiang Mai University
Asst. Prof. Waraporn Youngiam, Ph.D.	Naresuan University
Asst. Prof. Araya Chiangkhong, Ph.D.	Nawamintharachuthit University
Chatri Charoenjiwakul, M.D., Ph.D.	Public Health Service Center 6 Nakhon Ratchasima
Sarintip Charleekrua, Dentist, Ph.D.	Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen
Dutsadee Suttho, Ph.D.	Thammasat University
Chaloemporn Namyota, Ph.D.	Mahasarakham University
Porntip Kaewchin, Ph.D.	Surindra Rajabhat University
Chupasiri Apinundech, Ph.D.	Nakhon Ratchasima College
Chalinee Manaying, Ph.D.	Nakhon Ratchasima College

Journal Management Department

Premrudee Kotsamut	Supply Officer, Experienced Level
Siriyaporn Bunlad	Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Jutarat Papasa	Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Natthida Suwan	Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Metta Phimsawat	Public Health Technical Officer, Practitioner Level
Pornpanom Prachaiyapum	Supply Officer, Experienced Level
Duangchao Pruethaisong	General Administration
Apinya Wongkananuruk	Finance and Accounting Officer
Weerayut Kitsakul	Plan and Policy Analyst Operation
Teerawat Muenkaewkhrem	Information Technology Operation
Jurawadee Thunpa	General Service Operation

Copyright

Regional Health Service Support Office 7, 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

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ส่งผลให้ระบบบริการปฐมภูมิต้องเร่งปรับตัว วารสารฉบับนี้จึงรวบรวมบทความที่สะท้อนพลวัตดังกล่าว ครอบคลุมทั้งมิติการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และนวัตกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทใหม่ เนื้อหาเริ่มต้นด้วยการถอดบทเรียนการปรับโครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนภารกิจ ควบคู่กับการเตรียมความพร้อม “ทักษะซอฟต์แวร์สกิล” ให้แก่ อสม. เพื่อยกระดับสู่การทำงานในยุคดิจิทัล นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการสร้างต้นแบบผู้นำสุขภาพ ผ่านงานวิจัยโปรแกรมลดภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรสาธารณสุข การส่งเสริมความรู้ทางทันตสุขภาพใน อสม. และการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยบูรณาการบริบททางศาสนา สำหรับประเด็นสุขภาพร่วมสมัย ฉบับนี้ได้นำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) และการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายยุคหลังโควิด-19 เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนดูแลสุขภาพทางกายและจิตของประชาชนต่อไป

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ฉบับนี้เป็นปีที่ 40 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 เปิดรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิชาการจำนวน 1 เรื่อง และบทความวิจัย จำนวน 6 เรื่อง โดยมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ คณะกองบรรณาธิการวารสารฯ ได้รับบทความที่มีคุณค่าจากนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษา ซึ่งล้วนแต่มีความน่าสนใจและมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระ ทางวิชาการ สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงตามหลักวิชาการ หรือนำไปประยุกต์ วางแผนในการดำเนินงานได้

คณะกองบรรณาธิการวารสารฯ ขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ซึ่งเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ ที่มีผู้เชี่ยวชาญทรงคุณวุฒิ (Peer review journal) พิจารณา ถกเถียง ตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้รับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 พ.ศ. 2568-2572 โดยท่านสามารถส่งบทความต้นฉบับตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่อยู่ท้ายเล่มนี้ หรือได้ที่เว็บไซต์ <https://thaidj.org/index.php/pjne> เพื่อเป็นการเผยแพร่องค์ความรู้สู่ชุมชน อันเป็นประโยชน์ให้กับผู้อ่านและผู้สนใจสืบไป

นายถวิล เลิกชัยภูมิ
บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

- การพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์สเกลียลิตี: บทบาทของ อสม. 4.0
พันธะกานต์ ยืนยง e16546

บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการจัดการองค์การและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด
จุลพันธ์ สุวรรณ e15334
- ผลของโปรแกรม “LONG Time DO” เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง
พิชญ์สินี แสนเสนยา, นาวานภา ทิพย์แก้ว ปัตตาสวรรณ์ e16569
- ผลของโปรแกรม “แวมัน ขวัญยืน” ส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
สุวิณี ศรีพลธรรม, นาวานภา ทิพย์แก้ว ปัตตาสวรรณ์ e16574
- ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ด้วย “โมเดลหินสามวาฬ”
วัชรจักร เจริญชัย, นาวานภา ทิพย์แก้ว ปัตตาสวรรณ์ e16575
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19: การศึกษาแบบภาคตัดขวางในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง ประเทศไทย
กุลกมล วรรณศรี, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ e16623
- การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี
หทัย ธาตุท่าเล e16844

Table of contents

	Page
Academic Article	
➤ SOFT SKILLS IN THE DIGITAL ERA: ROLES OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS (VHV) 4.0 <i>Phanthakan Yuenyong</i>	e16546
Research Article	
➤ DEVELOPMENT OF THE ORGANIZATIONAL MANAGEMENT MODEL AND RESTRUCTURING OF PRIMARY CARE MISSION OF DISTRICT PUBLIC HEALTH OFFICE AFTER THE TRANSFER OF THE SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN ROI ET PROVINCE <i>Julapan Suwan</i>	e15334
➤ EFFECTS OF THE "LONG TIME DO" PROGRAM TO ENHANCE SELF EFFICACY WITH SOCIAL SUPPORT FOR HEALTH BEHAVIOR MODIFICATION IN ABDOMINAL OBESITY AMONG HEALTH PERSONNEL <i>Pitsinee Sansenya, Natnapa Heebkaew Patchasuwan</i>	e16569
➤ EFFECTS OF THE “KHAEW MAN KHWAN YUEN” PROGRAM TO PROMOTE DENTAL HEALTH LITERACY AND PROVIDE SOCIAL SUPPORT TO CHANGE BEHAVIORS TO PREVENT PERIODONTAL DISEASE AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS <i>Suwatjane Sripalatham, Natnapa Heebkaew Padchasuwan</i>	e1574
➤ Effect of Health Literacy Program to Promote the Positive Health Behaviors of Monks Using the “HIN SAM WAN Model” <i>Wattajuk Charoenchai, Natnapa Heebkaew Patchasuwan</i>	e16575
➤ FACTORS RELATED TO DEPRESSION AMONG LATE ADOLESCENTS AFTER THE COVID-19 PANDEMIC: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN KLAENG DISTRICT, RAYONG, THAILAND <i>Kulkamol Vannasri, Duangjai Vatanasin, Pornpat Hengudomsub</i>	e16623
➤ DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTION PROJECTS AMONG TYPE 2 PATIENTS ENTERING DIABETES REMISSION BASE ON LIFESTYLE MEDICINE IN KUT CHAP, UDON THANI <i>Hathai Thadtumlay</i>	e16844

Academic Article

SOFT SKILLS IN THE DIGITAL ERA: ROLES OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS (VHV) 4.0

Phanthakan Yuenyong

Received: May 01, 2025

Received: October 06, 2025

Accepted: October 06, 2025

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage,
Pathum Thani 13180, Thailand

Corresponding author; E-mail: yy.phanthakan@gmail.com

Citation: Yuenyong P. (2025).
Soft Skills in the Digital Era: Roles
of Village Health Volunteers
(VHV) 4.0. *Primary Health Care
Journal (Northeastern Edition)*,
40(3), e16546.



Copyright (c) 2025 Primary Health
Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

This academic article analyzes the development of soft skills in Village Health Volunteers (VHVs) 4.0, defining these skills as a key competency for enhancing health work potential in the digital age, where technology and innovation are integral to the community health service system. Employing an analytical literature review, this study synthesizes relevant research and academic documents to identify soft skills essential for adaptability, communication, and the management of local health work. The synthesis indicates that key soft skills for VHVs 4.0 comprise five main dimensions: 1) creativity and innovation for problem-solving and the appropriate use of technology; 2) strategic communication and persuasion to promote technology adoption and disseminate health knowledge; 3) effective collaboration grounded in trust, empathy, and shared leadership; 4) flexibility and adaptability to change to meet modern demands and increase work efficiency; and 5) time and personal resource management to balance community missions with self-development. Therefore, the development of VHVs 4.0 should focus on enhancing both psychosocial capital and lifelong learning to transform these soft skills into sustainable human capital. Promoting spiritual values (e.g., compassion, acceptance, and mutual assistance) will lay the foundation for a learning community capable of integrating digital technology to enhance health work effectively and sustainably.

Keywords: Digital Literacy; Soft Skills; Village Health Volunteer

บทความวิชาการ

การพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์สเกลดิจิทัล: บทบาทของ อสม. 4.0

พันธะกานต์ ยืนยง

รับบทความ: 01 พฤษภาคม 2568

แก้ไขล่าสุด: 06 ตุลาคม 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 06 ตุลาคม 2568

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี 13180, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: yy.phanthakan@gmail.com

อ้างอิง: พันธะกานต์ ยืนยง. (2568).
การพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์สเกลดิจิทัล:
บทบาทของ อสม. 4.0. วารสาร
สาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(3), e16546.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุข
มูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มุ่งวิเคราะห์บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 ในการพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์สเกล (Soft Skills) ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญที่ส่งเสริมศักยภาพการทำงานด้านสุขภาพในยุคดิจิทัล ขณะที่เทคโนโลยีและนวัตกรรมมีบทบาทเป็นกลไกขับเคลื่อนหลักของระบบบริการสุขภาพชุมชน การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงวิเคราะห์ (Analytical Literature Review) โดยคัดสรรงานวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับทักษะซอฟต์แวร์สเกลที่จำเป็นต่อการปรับตัว การสื่อสาร และการบริหารจัดการงานสุขภาพในระดับพื้นที่ ผลการสังเคราะห์พบว่า ทักษะซอฟต์แวร์สเกลที่สำคัญของอสม. 4.0 มี 5 มิติหลัก ได้แก่ 1) ความคิดสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาและใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม 2) ทักษะการสื่อสารและการโน้มน้าวใจเชิงกลยุทธ์ เพื่อส่งเสริมการยอมรับเทคโนโลยีและเผยแพร่ความรู้สุขภาพ 3) การทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจ และภาวะผู้นำร่วม 4) ความยืดหยุ่นและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อคงความทันสมัยและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และ 5) การบริหารเวลาและทรัพยากรส่วนบุคคล เพื่อสร้างสมดุลระหว่างภารกิจชุมชนและการพัฒนาตนเอง โดยการพัฒนาอสม. 4.0 จึงควรมุ่งเสริมสร้างทั้งทุนทางจิตสังคมและการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อหล่อหลอมทักษะซอฟต์แวร์สเกลให้กลายเป็นทุนมนุษย์ที่ยั่งยืน โดยการส่งเสริมคุณค่าทางจิตใจ เช่น ความเมตตา การยอมรับ และการช่วยเหลือกัน จะเป็นรากฐานของการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Learning Community) ที่สามารถบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนางานสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ดิจิทัล; ทักษะซอฟต์แวร์สเกล; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว การพัฒนาทักษะของบุคลากรให้สามารถปรับตัวและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะในภาคสาธารณสุขที่ต้องเผชิญกับความท้าทายจากโลกยุคดิจิทัลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทักษะซอฟต์แวร์ (Soft skill) ซึ่งทักษะทางด้านความคิด อารมณ์และความรู้สึก โดยเป็นความสามารถในการอยู่ร่วมกัน รวมถึงการทำงานร่วมกัน เป็นทักษะสำคัญ และจำเป็นอย่างมากต่อการปฏิบัติงาน (Kusolsong and Kusolsong, 2022) ทักษะซอฟต์แวร์เหล่านี้ ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ การสื่อสารที่ดี การบริหารเวลา การปรับตัว การทำงานเป็นทีม และการคิดเชิงวิพากษ์ ซึ่งแตกต่างจากทักษะฮาร์ดสกีล (Hard Skills) ที่เป็นทักษะเชิงเทคนิคและสามารถวัดผลได้โดยตรง (IDP Education, 2024) ทักษะซอฟต์แวร์จึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับบุคลากรทุกวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในการยกระดับคุณภาพ รวมถึงประสิทธิผลในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ของหน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีทักษะอื่น ๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้ทักษะซอฟต์แวร์ (Soft skill) พัฒนาต่อไป ทักษะในการทำงานร่วมกับคนอื่น การจัดการคน รวมถึงการจัดการกับตัวเองและความรู้สึกรู้สึกของตัวเอง จะทำให้เราสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี และทำให้งานของเราบรรลุเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับทักษะด้านการสื่อสาร รวมไปถึงทักษะการฟังที่ดี เพราะการฟังที่ดีจะทำให้รับสารได้อย่างถูกต้องและสื่อสารได้ชัดเจน ถูกต้อง โดยทั้งสองทักษะจึงเป็นระดับพื้นฐานที่ทุกคนควรมีหรือหมั่นฝึกฝน (IDP Education, 2024) ทักษะซอฟต์แวร์มีความสำคัญอย่างมากในยุคดิจิทัล ความสามารถในการปรับตัวและความยืดหยุ่นในการทำงานผ่านการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล ซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีและกระบวนการใหม่ ๆ (Obermayer et al., 2023; Adhim and Suherman, 2024) การคิดเชิงวิพากษ์และการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน และพัฒนานวัตกรรมใหม่เพื่อช่วยในการปฏิบัติงานสะดวก รวมถึงสามารถใช้ประโยชน์จากเครื่องมือดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่

ความสำเร็จขององค์กร การสื่อสารและความร่วมมือในสภาพแวดล้อมดิจิทัลการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการประสานงาน ความพยายามและบรรลุเป้าหมายร่วมกันทักษะเหล่านี้อำนวยความสะดวกในการโต้ตอบที่ดีขึ้นในเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีความหลากหลาย (Adhim and Suherman, 2024; Shah et al., 2023) รวมถึงความฉลาดทางสังคม และการจัดการความเครียด ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาประสิทธิภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีในสถานการณ์ของงานที่มีแรงกดดันสูง (Ramos-Monge et al., 2023) นอกจากนี้ความสามารถในการทำงานร่วมกับ AI และเทคโนโลยีในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (Frey and Osborne, 2017) การเพิ่มศักยภาพในการทำงานระยะไกล (Remote Work) และการพัฒนานวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานและสร้างความแตกต่างให้กับองค์กร (Anderson et al., 2014) ทำให้บุคลากรที่มีทักษะซอฟต์แวร์ที่ดีมีโอกาสก้าวหน้าในการปฏิบัติงานมากขึ้น

จากนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทยให้เข้าสู่ประเทศไทย 4.0 ด้วยการนำนวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการยกระดับคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขรวมสู่สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเครือข่ายกำลังคนภาคประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาศักยภาพ ในการทำหน้าที่สร้างเสริม สุขภาพชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ แนะนำเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน ซึ่ง อสม. ถือเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และครอบคลุมอยู่ทุกพื้นที่ จึงต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถทันเหตุการณ์ตามยุคสมัยการเปลี่ยนแปลงไปของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Thotet, 2020) การพัฒนา อสม. โดยเฉพาะการสนับสนุนให้ อสม. มีความรอบรู้ และเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ โดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการทำงานเพื่อให้การพัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่ต้องการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ จึงมี

ความสำคัญที่จะพัฒนาทักษะในการใช้แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือให้กับ อสม. ในการดูแลสุขภาพของตนเองและประชาชนรวมถึงรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ใหม่ๆ ได้อย่างถูกต้อง (Songkhla City Municipality, 2019) การก้าวไปสู่ประเทศไทย 4.0 อสม. จะต้องได้รับการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นของคนในทศวรรษที่ 21 ประกอบด้วยทักษะด้านสารสนเทศและเทคโนโลยี ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ตามวิสัยทัศน์ Thailand 4.0 การศึกษาผ่านมาแสดงให้เห็นว่ายังมีข้อจำกัดในด้านการพัฒนา Soft Skills ของ อสม. โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกับผู้อื่นในระบบออนไลน์ และการปรับตัวต่อเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว งานศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาทักษะดิจิทัล มากกว่าการเสริมสร้าง Soft Skills ที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำ การคิดเชิงนวัตกรรม และการแก้ปัญหาเชิงซับซ้อนในชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการทำงานในระยะยาว การพัฒนา Soft Skills Framework สำหรับ อสม. 4.0 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง แนวคิดนี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ให้สามารถปรับตัวกับเทคโนโลยี การสื่อสาร และการทำงานร่วมกับชุมชนในยุคดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังช่วยส่งเสริมให้ อสม. มีความพร้อมในการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และมีภาวะผู้นำในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายแนวคิดและเสนอแนวทางการพัฒนา Soft Skills Framework สำหรับ อสม. 4.0 เพื่อยกระดับศักยภาพของกำลังคนภาคประชาชนให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ Thailand 4.0 และสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเข้มแข็ง มั่นคง และยั่งยืนในอนาคต

แนวคิดทักษะซอฟต์แวร์ (Soft Skills)

ทักษะซอฟต์แวร์ (Soft Skills) หรือ “จรรยาวัตร” หมายถึง ทักษะด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการสื่อสาร ที่จำเป็นต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ ซอฟต์แวร์ช่วยส่งเสริมการพัฒนา

Hard Skills หรือทักษะเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง และเป็นพื้นฐานสำคัญของการทำงานในศตวรรษที่ 21 ช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจในการเรียนรู้และสามารถพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ เพื่อยกระดับศักยภาพในการทำงาน (Kusolsong and Kusolsong, 2022; OECD, 2023) ซอฟต์แวร์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การคิดวิเคราะห์ การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการโน้มน้าวใจ ซึ่งต้องบูรณาการให้สมดุลกับ Hard Skills เพื่อการบริหารจัดการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้นำควรมีความเชี่ยวชาญในการใช้ Soft Skills เพื่อพัฒนาทีมให้มีศักยภาพ องค์ประกอบสำคัญของซอฟต์แวร์ ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร การคิดวิเคราะห์เชิงสร้างสรรค์ ภาวะผู้นำ ความเป็นมืออาชีพ และจริยธรรม หากองค์กรให้ความสำคัญต่อการพัฒนา Soft Skills และ Hard Skills ควบคู่กัน จะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ทุกระดับ และเพิ่มคุณภาพในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมืออาชีพ (Sittichaijarumethee and Bubpha, 2022; Lamri and Lubart, 2023)

ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว และพัฒนาตนเอง ประกอบด้วย ทักษะด้านการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ทักษะการเป็นผู้นำ ทักษะความเป็นมืออาชีพ ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ทักษะการคิดและแก้ปัญหา ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการทำงาน โดยช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย นอกจากนี้ ยังต้องมีการเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวและเรียนรู้ (Yuenyong and Samsranjit, 2024) ประกอบด้วย

- 1) ความคิดสร้างสรรค์ ทักษะนี้นำไปใช้ได้กับงานทุกสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับผลงาน รวมถึงยังช่วยแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันของเราได้อีกด้วย
- 2) การพูด และการโน้มน้าวใจ เป็น ทักษะในการสื่อสารสำคัญมาก เพื่อโน้มน้าวใจได้แบบมนุษยซึ่งต้องใช้ไหวพริบ ภาษากาย ที่มากกว่าภาษาพูด เพื่อโน้มน้าวให้ผู้อื่นเชื่อหรือเห็นด้วยกับเรา
- 3) การทำงานร่วมกัน คือ การทำงานที่สอดคล้องกัน มีทัศนคติไปในทางเดียวกันที่สำคัญคือคนในทีมต้องมีความเห็นอกเห็นใจและมีน้ำใจให้กับทีม

4. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง คือ ทักษะที่คำนึงรวมถึงเทคโนโลยีหลาย ๆ อย่าง ซึ่งการอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วนี้ ต้องมีทักษะในการปรับตัวที่ดีเพื่อเราจะได้ตามโลกได้ทัน และเรียนรู้ไปกับความเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น

5. การจัดการเวลา คือ ทักษะการบริหารเวลา การจัดการเวลาของตัวเองคือความสำคัญอันดับต้น ๆ ในการก้าวไปสู่ความสำเร็จ และสร้างประโยชน์ให้กับตัวเอง และองค์กรได้มากกว่าอย่างแน่นอน

ในยุคดิจิทัล การมีซอฟต์แวร์ทักษะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันตนเองจากความเสี่ยงและสร้างโอกาสใหม่ ๆ ในการทำงาน โดยเฉพาะ 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การคิดเชิงวิพากษ์เพื่อแก้ปัญหา และการทำงานแบบมีอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับความฉลาดทางดิจิทัลในการรู้เท่าทันและใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม (Uthai et al., 2025) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทักษะซอฟต์แวร์ทักษะมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการปรับตัวสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล อสม. ต้องพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยี เช่น การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ การสื่อสารออนไลน์ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืนให้กับชุมชน (Puti et al., 2024) รวมถึงการจัดการการใช้อุปกรณ์และสื่อดิจิทัล เพื่อให้เกิดความสมดุลของการทำงาน และการใช้ชีวิตทั้งโลกเสมือนจริงและโลกในชีวิตจริง ในขณะที่ อสม. ก็เป็นหนึ่งในบุคคลที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการปรับตัวต่อระบบสุขภาพดิจิทัล เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบบสุขภาพดิจิทัลทำให้ อสม. ต้องเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน ซึ่งต้องอาศัยการปรับตัวในมิติต่าง ๆ ทั้งการพัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการทำงาน เช่น การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และการใช้เครื่องมือสื่อสารออนไลน์ การรวบรวมข้อมูลด้านรวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ ไม่ว่าจะเป็นการเผยแพร่ข้อมูลการป้องกันโรคผ่าน Facebook หรือ LINE นอกจากนี้ยังมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล และ

องค์กรชุมชนในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพ

บทบาทของ อสม. 4.0 ในการพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์

อสม. 4.0 เป็น อสม. ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จิตอาสา และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนา อสม. ให้มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital literacy) พร้อมทั้งการพัฒนาอสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการสื่อสารดิจิทัล และเพื่อส่งเสริม สนับสนุนบทบาทของ อสม. ในการเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพโดยมีเกณฑ์ที่กำหนดที่ใช้สำหรับประเมิน อสม. ที่จะยกระดับเป็น อสม. 4.0 (Thongkanta and Kaewtai, 2023) โดยผู้ที่ผ่านเกณฑ์จะต้องผ่านองค์ประกอบการประเมิน 3 ประเด็น ได้แก่ ความสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ โดยมีเกณฑ์ประเมินจากความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ หรือโปรแกรมต่าง ๆ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งมีการประเมินความรอบรู้รอบตัวด้านสุขภาพ ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น รวมถึงเรื่องต่าง ๆ ที่ถูกกำหนดไว้ นอกจากนี้การที่จะพัฒนาเป็น อสม. 4.0 ที่สมบูรณ์คือการมีจิตอาสา และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ โดยการประเมินจากทักษะการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือสังคม ด้านการปฐมพยาบาล และการใช้ชีวิตพื้นฐาน ทำให้มีความจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลและส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพดี การปลูกฝังในประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Health behavior) อสม. เป็นบุคคลที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข มีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agent) สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

ในยุคดิจิทัล อสม. ได้รับการส่งเสริมให้ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ เช่น Line กลุ่ม Facebook รวมถึงแอปพลิเคชันอสม.ออนไลน์ หรือแอปพลิเคชัน เพื่อแจ้งเตือนและสื่อสารข้อมูลสุขภาพอย่างรวดเร็ว (Suksai et al., 2021) ขณะเดียวกันยังทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์

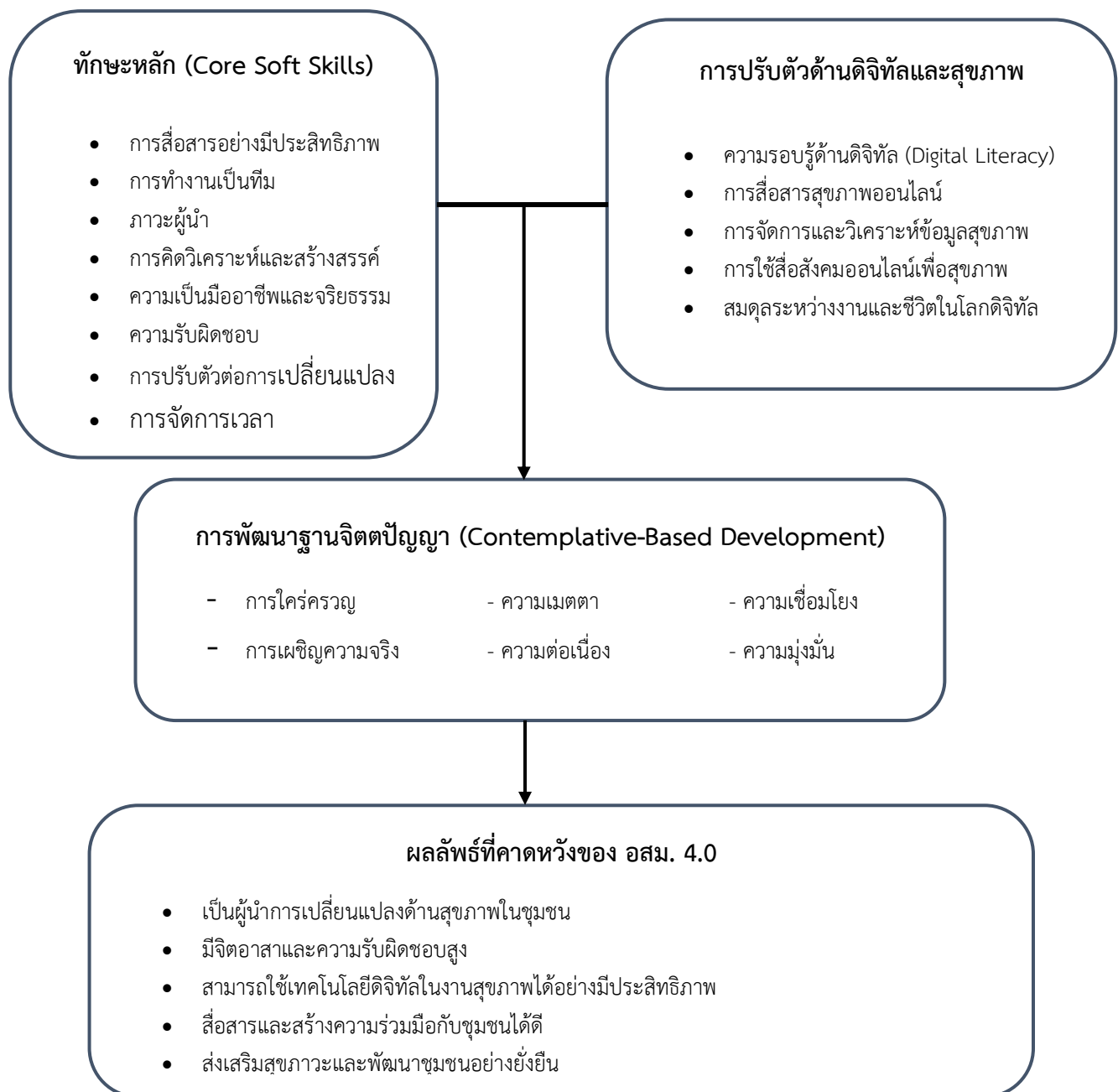
ในบทบาทของผู้สนับสนุนงานสาธารณสุขปฐมภูมิ เช่น การวัดความดัน การเฝ้าระวังผู้ป่วยเรื้อรัง และการส่งต่อเมื่อพบอาการผิดปกติ อสม. ยังมีบทบาทในงานเก็บข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ในการวิจัยทางระบาดวิทยา เช่น การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก หรือการติดตามผลกระทบของมลพิษต่อสุขภาพชุมชน ซึ่งล้วนเป็นภารกิจสำคัญของ อสม. 4.0 ในการขับเคลื่อนสุขภาพอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่

แนวทางการพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์สกิลสำหรับ อสม. 4.0

ทักษะซอฟต์แวร์สกิล เป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้โดยจากการศึกษาการพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์สกิลตามแนวทางจิตตปัญญาศึกษาของ [Uamsathit \(2021\)](#) ซึ่งการพัฒนานี้จะต้องมีการพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ ในการเข้าสู่ภาวะจิตใจที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้แล้วสามารถนำจิตเจดังก้าวไปใช้พิจารณาไตร่ตรองในด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) ระหว่างบุคคล (Interpersonal) และภายในบุคคล (Intrapersonal) กระตุ้นให้ผู้ร่วมกระบวนการเกิดการใคร่ครวญอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับตนเองโดยสร้างเงื่อนไขความสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของจิตใจที่สงบ มีสมาธิผ่อนคลาย และตระหนักรู้โดยเมื่อเข้าใจตัวเองอย่างลึกซึ้งแล้ว ก็จะเกิดกระบวนการทัศน์ใหม่สำหรับการทำความเข้าใจคน ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวในสังคมที่แตกต่าง ลดปัญหาความขัดแย้งในการทำงานเป็นทีม และเป็นคุณสมบัติขั้นเยี่ยมอย่างหนึ่งสำหรับการเป็นผู้นำด้านสุขภาพตามบทบาทของ อสม. 4.0 โดยการส่งเสริมความรัก ความเมตตา ความไว้วางใจการเข้าใจ และการยอมรับ รวมทั้งการมีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่นบนฐานของความมั่นใจในศักยภาพของความเป็นมนุษย์เน้นความสำคัญของความไว้วางใจในการร่วมกันทำงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง การยอมรับความสบายใจ ความจริงใจ และความห่วงใยซึ่งกันและกันเริ่มจากการได้รับรู้จากสิ่งแวดล้อม แล้วจึงเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ จากนั้นขยายกลายเป็นความรู้สึกด้านต่าง ๆ จนกลายเป็นค่านิยม และยิ่งพัฒนาต่อไปเป็นความคิด อุดมคติ ซึ่งจะเป็ความรับผิดชอบทางพฤติกรรมของคน เหมาะกับการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำ การปรับตัวในสังคมที่แตกต่าง และการทำงานเป็นทีม มีการเชื่อมโยงสัมพันธ์การเรียนรู้ที่เป็นองค์รวม

เชื่อมโยงกับตัวเองและธรรมชาติอย่างแท้จริงโดยเหมาะแก่การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งถ้าคิดสร้างสรรค์อย่างเป็นระบบ เกิดรูปแบบที่ชัดเจนทำให้กระบวนการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลในการทำงานได้ดีขึ้น สำหรับการเกิดการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นด้วย การเผชิญความจริง ด้านความคิด ความรู้สึกที่หลีกเลี่ยงไม่รู้ตัว หรือเก็บซ่อนเอาไว้ด้วยการค้นหาและสัมผัสกับตัวตนผ่านกิจกรรม และการวินิจัยอย่างลึกซึ้ง โดยไม่หลีกเลี่ยงนี้ ภายใต้แวดล้อมที่ปลอดภัย เปิดกว้าง ยอมรับ และมีความรักความเมตตาทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงความต่อเนื่องในการพัฒนาตนเองเพื่อให้เกิดการปรับตัวอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมขั้นพื้นฐานจะเกิดจากประสบการณ์ที่สะสมมาเรื่อย ๆ อันจะช่วยสร้างเงื่อนไขในการบริหารเวลาเพื่อให้ชีวิตดำเนินไปอย่างเป็นระบบและลงตัว เกิดความมุ่งมั่นในการค้นหาเพื่อความเข้าใจในตนเอง และเปลี่ยนแปลงตนเองโดยนำกระบวนการที่ได้รับกลับมาใช้ในชีวิตเพื่อการพัฒนาภายในตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อพัฒนาเป็นประจำแล้วก็จะเข้าใจกายตนเองอย่างถ่องแท้ เห็นข้อดีข้อเสีย และนำไปสู่ความเข้าใจผู้อื่น สร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ เป็นสิ่งสำคัญของจิตตปัญญาศึกษา โดยการที่จะเกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ที่ดีต้องค่อย ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยมีเหตุผลในแง่มุมต่าง ๆ โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการเชิงความสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการฝึกสติ ฝึมองสภาวะภายในตนเอง อาศัยความสัมพันธ์ของผู้อื่นรอบกายอันจะสะท้อนความเป็นตัวตนซึ่งกันและกัน กิจกรรมที่สามารถนำมาใช้ในด้านนี้ได้แก่สุนทรียสนทนา (Dialogue) การสะท้อนความคิด (Reflection) การเขียนบันทึก (Journal) การสนทนากับเสียงภายใน (Voice dialogue)

จากดังกล่าวสามารถสรุป Soft Skills Framework สำหรับ อสม. 4.0 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวคิดการพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์ (Soft Skills Framework) สำหรับ อสม. 4.0

การพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์ของ อสม. 4.0 ควรถูกกำหนดเป็นนโยบายสนับสนุนระดับชาติด้านการพัฒนา อสม. โดยเฉพาะพื้นฐานของการทำงานร่วมกับชุมชนและการสื่อสารเชิงสุขภาพในยุคดิจิทัล ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์ของ อสม. โดยเพิ่มเป็นหนึ่งในเกณฑ์

การประเมินสมรรถนะหลักของ อสม. ควบคู่กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และทักษะดิจิทัล (Digital Literacy) เพื่อส่งเสริมให้ อสม. มีความพร้อมทั้งด้านความรู้ทักษะ และเจตคติที่เหมาะสมต่อการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชน การพัฒนาในลักษณะนี้จะช่วยให้ อสม. สามารถสื่อสาร ถ่ายทอด และประยุกต์ใช้

เทคโนโลยีในการดำเนินงานด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยใช้ระบบการเรียนรู้แบบ E-learning หรือ Blended learning ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และต่อเนื่อง การดำเนินงานในลักษณะนี้จะช่วยให้การพัฒนาซอฟต์แวร์ของ อสม. เป็นไปอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง และสามารถยกระดับศักยภาพของ อสม. ให้ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเทคโนโลยีในยุคดิจิทัลได้อย่างแท้จริง ในระดับพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรบูรณาการทักษะซอฟต์แวร์ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยเน้นให้ อสม. ได้ฝึกทักษะด้านการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ เพื่อสร้างบุคลากรสุขภาพชุมชนที่มีความเข้าใจทั้งมิติของเทคโนโลยีและมิติของมนุษย์ควบคู่กันไป

จุดเด่นของแนวคิด Soft Skills สำหรับ อสม. 4.0 เชื่อมโยงอย่างเหมาะสมกับ เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในยุคดิจิทัลที่มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ OECD (2023) และนโยบาย Thailand 4.0 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะเพื่ออนาคต (Future Skills) รวมถึงการประยุกต์แนวทาง จิตตปัญญาศึกษา สะท้อนการพัฒนาภายในสู่ภายนอก ซึ่งช่วยให้ความยั่งยืนของการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังมีจุดอ่อนและข้อจำกัด ในการนำ Soft Skills ไปปฏิบัติจริงในบริบท อสม. ยังมีข้อจำกัดด้าน เวลา งบประมาณ และแรงจูงใจ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท รวมถึงการบูรณาการ Soft Skills เข้ากับระบบสุขภาพดิจิทัลยังขาด เครื่องมือหรือแพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของ อสม. จึงควรส่งเสริม การเรียนรู้จากเพื่อน (Peer Learning) และการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community of Practice) เพื่อพัฒนา Soft Skills อย่างต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์กับชุมชนมากที่สุด

บทสรุป

การพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4.0 เป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงการยกระดับศักยภาพของบุคลากรภาคประชาชนในยุคดิจิทัล ซึ่งเทคโนโลยีได้กลายเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพจากการวิเคราะห์บทบาทของ อสม. 4.0 พบว่า ทักษะ

ซอฟต์แวร์ที่จำเป็นประกอบด้วย ความคิดสร้างสรรค์ ในการแก้ปัญหา การสื่อสารและการโน้มน้าวใจอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างยืดหยุ่น และการบริหารเวลาอย่างเหมาะสม ทั้งหมดนี้เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนา อสม. ให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงของยุคดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การพัฒนา อสม. ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการเสริมทักษะทางเทคนิคเท่านั้น แต่ยังต้องเน้นการปรับฐานจิตใจให้เกิดความพร้อมในการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลง การสร้างความรัก ความเมตตา และความสัมพันธ์อันดีในทีม อสม. เป็นหัวใจสำคัญในการก่อให้เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ ที่เกื้อหนุนกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน การผสมผสานระหว่าง Soft Skills และ Hard Skills จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ทำให้ อสม. 4.0 ก้าวสู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างแท้จริง เมื่อ อสม. มีทักษะในการคิด วิเคราะห์ สื่อสาร และร่วมมือกับผู้อื่นได้อย่างเข้าอกเข้าใจ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านจากการทำงานตามหน้าที่สู่การขับเคลื่อนด้วยคุณค่าที่สร้างสุขภาวะร่วมในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ท้ายที่สุด บทความนี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนา อสม. 4.0 ไม่ใช่เพียงการพัฒนาเทคโนโลยีหรือความรู้ทางสุขภาพ แต่คือการพัฒนาศักยภาพความเป็นมนุษย์ที่หลอมรวมปัญญา อารมณ์ และจิตสำนึกของความเป็นผู้ให้ เพื่อให้ อสม. กลายเป็นทั้งผู้สื่อสารสุขภาพ นักเรียนรู้ตลอดชีวิต และผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพไทยยุคใหม่

References

- Adhim M. R. F. & Suherman E. (2024). Analisis Kompetensi Karyawan Terhadap Kinerja Karyawan di Era Digital. *Optimal*, 4(3), 95–108. <https://doi.org/10.55606/optimal.v4i3.3915>

- Anderson N. et al. (2014). Innovation and creativity in organizations: A state-of-the-science review, prospective commentary, and guiding framework. *Journal of Management*, 40(5), 1297-1333.
- Frey C. B. & Osborne M. A. (2017). The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation?. *Technological Forecasting and Social Change*, 114, 254–280. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2016.08.019>
- International Education Specialists. (2025, January 18). *Essential skills for workers in the digital age*. IDP Education. <https://www.idp.com/thailand/blog/soft-skill-digital-age/>
- Kusolsong S. & Kusolsong P. (2022). Development of Participatory Learning Management Model embedded Mental Intelligence - Mentoring System - Project-based Activity – Research-based Learning to Strengthening Soft Skills for Rajabhat University Student Teachers. *Journal of Education Khon Kaen University*, 45(3), 1-18.
- Lamri J. & Lubart T. (2023). Reconciling hard skills and soft skills in a common framework: The generic skills component approach. *Journal of Intelligence*, 11(6), 107. <https://doi.org/10.3390/jintelligence11060107>
- Obermayer N. et al. (2023). Importance of digital and soft skills in the digital age. *European Conference on Knowledge Management*, 24(2), 978–987. <https://doi.org/10.34190/eckm.24.2.1550>
- OECD. (2023). *OECD Skills Outlook 2023: Skills for a Resilient Green and Digital Transition*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/oecd-skills-outlook-2023_df859811/27452f29-en.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Puti S. et al. (2024). Knowledge, attitudes, skills, and satisfaction of village health volunteers on using community mental health support guidelines in the southern border provinces. *Journal of Nursing, Midwifery and Health Sciences Research*, 44(2), 63–79.
- Ramos-Monge E. et al. (2023). Addressing soft skill gaps in the digital employment market: the case of Spanish students in a technology-based university. *Education + Training*, 65(6/7), 923–938. <https://doi.org/10.1108/ET-04-2023-0165>
- Shah N. et al. (2023). Leading towards the students' career development and career intentions through using multidimensional soft skills in the digital age. *Education + Training*, 65(6/7), 848–870. <https://doi.org/10.1108/ET-12-2022-0470>
- Sitthichaijarumethee S. & Bubpha S. (2022). Soft skills of the administrators affecting effectiveness of medium schools under the Secondary Educational Service Area Office Nong Khai. *Journal of MCU Ubon Review*, 7(2), 2169-2184.

- Songkhla City Municipality. (2025, January 18). Guidelines for developing the potential of public health volunteers (PHVs) 4.0. Songkhla City Municipality https://www.songkhla-city.go.th/2020/files/com_news_research/2019-11_60993e139dc0955.pdf
- Suksen, A. (2022). 4 Soft Skills for The Digital Quotient. *The journal of social communication innovation*, 10(2), 165-173.
- Thongkanta C. & Kaewtai N. (2023). Communication by Using Digital Technology for Public Health Care of Health Volunteers in Villages in the 4.0 Era, Nong Bua District, Nakhon Sawan Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 17(1), 30-40.
- Thotet, P. (2020). A Study of the Competency Development Model for Village Health Volunteers 4.0 North Region, 2018. *Journal of Human Society*, 10(1), 34-44.
- Uamsathit, T. (2021). The development of 'soft skills' through the actualization of the volunteer project according to the rules of contemplative education. *Journal of Liberal Art of Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi*, 3(1), 37-50.
- Uthai S. et al. (2025). Thailand is strengthening its public health system by enhancing the health literacy of village health volunteers. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 25(3), 108-117.
- Yuenyong P. & Samranjit S. (2024). Relationship between transformational leadership and soft skills of the director of sub-district health promotion hospital in Chachoengsao Province. *Thammasat University Hospital Journal Online*, 9(1), 32-44.

Original Article

DEVELOPMENT OF THE ORGANIZATIONAL MANAGEMENT MODEL AND RESTRUCTURING OF PRIMARY CARE MISSION OF DISTRICT PUBLIC HEALTH OFFICE AFTER THE TRANSFER OF THE SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN ROI ET PROVINCE

Julapan Suwan

Received: May 30, 2024

Mueang Roi Et District Public Health Office, Roi Et 45000, Thailand

Received: November 02, 2025

Corresponding author; E-mail: jp_suwan@yahoo.com

Accepted: November 07, 2025

Citation: Suwan, J. (2 0 2 5).

Development of the Organizational Management Model and Restructuring of Primary Care Mission of District Public Health Office After the Transfer of The Sub-District Health Promoting Hospitals in Roi Et Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(3), e15334.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

This action research aimed to develop a model for organizational management and adjust the primary care mission of the District Public Health Office (DPHO) following the transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPH) in Roi Et Province. The study was divided into 3 phases. The 554 purposively selected participants included executives from the Provincial Public Health Office (PPHO) and Provincial Administrative Organization (PAO), DPHO personnel, SHPH directors, and Village Health Volunteer (VHV). Instruments included 3 qualitative sets, validated by 3 experts, and 4 quantitative sets. Content validity was verified using the Item-Objective Congruence (IOC) index, and reliability analysis yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.804. Data was collected from July 2023 to June 2024. The findings revealed that: 1) The transfer of SHPHs to the PAO caused staffing shortages at SHPHs, as non-transferring personnel relocated to DPHOs. This led to coordination problems and adversely affected primary care development. 2) The developed model, applying participatory public administration principles, comprised 4 stages: (1) situation assessment and partnership development; (2) implementation based on the "ROI ET Model"; (3) progress monitoring using empowerment strategies; and (4) outcome reflection through lesson-learned meetings and data feedback. 3) Results of the model's implementation demonstrated high-level participation (Mean = 1.40, SD = 0.51), which narrowed the operational gap in primary care. Consequently, 14 joint primary care performance indicators (66.66%) showed higher coverage than in the pre-transfer period. This indicates that the public received more comprehensive primary care services, enabling the appropriate resolution of local health issues. This reflects the significant change and confirms the tangible outcomes of the developed model.

Keywords: Organizational management; Primary care mission; District Public Health Office; Transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

จุลพันธ์ สุวรรณ

รับบทความ: 30 พฤษภาคม 2567

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด, ร้อยเอ็ด 45000, ประเทศไทย

แก้ไขล่าสุด: 02 พฤศจิกายน 2568

ติดต่อผู้วิจัย: jp_suwan@yahoo.com

ตอบรับตีพิมพ์: 07 พฤศจิกายน 2568

อ้างอิง: จุลพันธ์ สุวรรณ. (2568). การพัฒนาแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(3), e15334.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 554 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เครื่องมือเชิงคุณภาพ 3 ชุด ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และเครื่องมือเชิงปริมาณ 4 ชุด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องและค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.804 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงมิถุนายน 2567 ผลการศึกษาพบว่า 1) การถ่ายโอนภารกิจไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดอัตรากำลัง เนื่องจากบุคลากรที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอนได้ย้ายไปปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เกิดปัญหาในการประสานงานและส่งผลกระทบต่อพัฒนาการกิจด้านปฐมภูมิ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ประเมินสถานการณ์และพัฒนาความร่วมมือ (2) ขับเคลื่อนตามแนวทาง ROI ET Model (3) การสังเกตการณ์โดยการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาซึ่งใช้รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และ (4) สะท้อนผลลัพธ์ โดยการจัดประชุมถอดบทเรียนและคืนข้อมูล 3) ผลการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.40 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51 ทำให้ลดช่องว่างการดำเนินงานภารกิจด้านปฐมภูมิในพื้นที่ ส่งผลให้ผลงานตัวชี้วัดร่วมด้านปฐมภูมิที่กำหนดขึ้นมีความครอบคลุมสูงกว่าช่วงเวลาก่อนถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 14 ตัวชี้วัด หรือร้อยละ 66.66 ซึ่งให้เห็นว่าประชาชนได้รับบริการจากระบบสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงและยืนยันผลลัพธ์ที่ชัดเจนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการองค์กร; ภารกิจด้านปฐมภูมิ; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ; การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทนำ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สนง.สสอ) เป็นหน่วยงานราชการในการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ตามมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2553 โดยมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวงการแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ได้แก่ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 3) กำกับดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ 5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ และ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่น (Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2017)

รัฐบาลได้กำหนดแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ซึ่งคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยยึดหลักการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (Office of the Permanent Secretary to the Prime Minister, 2022) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ. 2542 ให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อปท. โดยต้องมีการสร้างและระบบควบคุมคุณภาพมาตรฐานให้ครอบคลุมทั้งมิติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ยึดหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิปี พ.ศ. 2562 โดยปีงบประมาณ 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. จำนวน 3,263 แห่งในพื้นที่ 49 จังหวัด และจังหวัดร้อยเอ็ดได้ถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ทุกแห่ง จำนวน 229 แห่ง ให้แก่ อบจ.

ร้อยเอ็ด เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นการถ่ายโอนโดยสมัครใจ ซึ่งพบว่าบุคลากร รพ.สต. บางส่วนไม่ประสงค์ถ่ายโอน ส่งผลให้บุคลากร รพ.สต. มีจำนวนลดลง หรือมีพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอตามเกณฑ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยบุคลากร รพ.สต. ที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอนได้ย้ายไปปฏิบัติงานที่ สนง.สสอ. ที่สังกัด ทำให้ สนง.สสอ. มีบุคลากรเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิเพื่อรองรับบุคลากรที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทำให้เกิดรอยต่อในการประสานและดำเนินงานด้านปฐมภูมิในพื้นที่ ดังนั้น สนง.สสอ. ทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด จึงจำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านสภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี ตามหลักการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม (Participatory Governance) โดยการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีส่วนร่วม 5 ระดับ ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การร่วมปรึกษาหารือ การร่วมปฏิบัติ ความร่วมมือต่อเนื่อง และการเสริมพลังอำนาจ (Office of the Public Sector Development Commission, 2023) และหากขับเคลื่อนกิจกรรมการพัฒนาการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The action research spiral) ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observing) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) จะทำให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาและนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน (Stephen et al. 2014)

ผู้วิจัยในฐานะที่ดำรงตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ดและได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยรับผิดชอบภารกิจด้านปฐมภูมิ เป็นผู้ประสานและกำกับติดตามการดำเนินงานของ สนง.สสอ. ในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้เห็นความสำคัญของหลักการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. หลังการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. จึงได้ออกแบบการพัฒนาผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ

ในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ลดช่องว่างและเกิดประโยชน์ด้านสุขภาพแก่ประชาชนรวมถึงเป็นต้นแบบในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. ทั่วประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความคาดหวังและพัฒนาความร่วมมือในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วมของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. หลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการองค์กรและภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 554 คน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) บุคลากร สนง.สสอ.ทุกแห่ง จำนวน 249 คน (2) ผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน สนง.สสจ.ร้อยเอ็ด จำนวน 15 คน (3) ผู้บริหารของ อบจ.ร้อยเอ็ด คือ ผอ.กองสาธารณสุข 1 คน และผอ.รพ.สต. ทุกแห่ง จำนวน 229 คน และ (4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

โดยเป็นประธาน รองประธาน และเลขานุการชมรม อสม. ระดับอำเภอทุกอำเภอ จำนวน 60 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเฉพาะ และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.2.1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความคาดหวังและพัฒนาความร่วมมือ โดยการวิเคราะห์ปัญหาและทำการทบทวนวรรณกรรม มี 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 16 คน ประกอบด้วย (1) ผู้บริหาร สนง.สสจ. จำนวน 3 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการด้านปฐมภูมิระดับจังหวัด (2) ผู้บริหารของ อบจ.ร้อยเอ็ด จำนวน 2 คน (3) สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 3 คน โดยเป็นประธานสาธารณสุขอำเภอรดับโซน (4) ผอ.รพ.สต.ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการประสานงาน รพ.สต.ระดับอำเภอ (กปอ.) จำนวน 3 คน และ (5) คณะกรรมการสมาคม อสม.จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 5 คน และ 2) วิเคราะห์เอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่าน

1.2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ ดังนี้ 1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. และ 2) สอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 554 คน ประกอบด้วย (1) บุคลากร สนง.สสอ.249 คน (2) เป็นผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน สนง.สสจ.ร้อยเอ็ด 15 คน (3) ผอ.กองสาธารณสุข อบจ.ร้อยเอ็ด 1 คน (4) ผอ.รพ.สต. 229 คน และ (5) อสม.โดยเป็นประธาน รองประธาน และเลขานุการชมรม อสม.ระดับอำเภอทุกอำเภอ จำนวน 60 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านปฐมภูมิตั้งแต่ 7 ปี และ 3) เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพร้ายแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือเป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

1.2.3 ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา โดยประเมิน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การศึกษาผลการพัฒนาภารกิจด้านปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ (1) ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 20 คน และ (2) ประธาน กปอ.จำนวน 20 คน และ 2) ประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 554 คน ซึ่งเป็นคนเดียวกันกับการสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. ในการวิจัยระยะที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 8 ชุด จำแนกตามระยะการวิจัย ดังนี้

2.2 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ความคาดหวัง และพัฒนาความร่วมมือ มีเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบบันทึกข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ ที่มีโครงสร้าง (Structure interview) เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและความคาดหวังต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. และ 3) แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านปฐมภูมิ

2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ มีเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม “รูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ.” 2) แบบติดตามเยี่ยมพื้นที่ และ 3) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. ตามแนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วมของสำนักงาน ก.พ.ร.

2.3 ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา มีเครื่องมือ 2 ชุด คือ (1) แบบรายงานผลการพัฒนาภารกิจด้านปฐมภูมิ และ (2) แบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาและเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง และ 2) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม “รูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างและแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 1 คน

ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 คน

3.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ (แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนา) โดยตรวจสอบตรงความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างประเด็นคำถามกับนิยามปฏิบัติการอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และนำแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะประชากรคล้ายคลึงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.804

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด

4.2 ประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแนวทางดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือโดยประชุมออนไลน์

4.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดย 1) สัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที เริ่มจากการแนะนำตัว ชวนพูดคุยในประเด็นทั่วไปแล้วจึงเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ และสังเคราะห์ข้อมูล 2) ส่งแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบออนไลน์ 3) ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิผลการพัฒนาตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่านและผลงานในช่วงเวลาเดียวกัน ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. 4) ร่างหลักสูตรการฝึกอบรม “การบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม” และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 5) คัดเลือกทีมผู้ช่วยนักวิจัย และ 6) วิเคราะห์เอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่าน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ ดังนี้

1) ผู้วิจัยจัดการประชุมกลุ่มตัวอย่างแบบออนไลน์ เพื่อนำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ ข้อมูลจากระยะที่ 1 ใช้เวลา 1 วัน 2) จัดการฝึกอบรมกลุ่มตัวอย่างแบบออนไลน์หลักสูตร “การบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม”

โดยทีมผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากร และร่วมออกแบบการจัดการองค์การ สนง.สสอ.และปรับภารกิจด้านปฐมภูมิ และจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาด้านปฐมภูมิระดับจังหวัด ใช้เวลา 2 วัน 3) กลุ่มตัวอย่างร่วมขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการพัฒนาด้านปฐมภูมิระดับจังหวัด พร้อมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การร่วมปรึกษาหารือ การร่วมปฏิบัติ ความร่วมมือต่อเนื่อง และการเสริมพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยได้สังเกต “รูปแบบการจัดการองค์การและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ.” และ 4) ส่งแบบสอบถามมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์การและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ.ตามแนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วมของสำนักงาน ก.พ.ร. ให้กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบออนไลน์

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา โดยผู้วิจัยส่งแบบรายงานผลการพัฒนาการกิจด้านปฐมภูมิและแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาให้กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบออนไลน์

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1) วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ความคาดหวังและพัฒนาความร่วมมือโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

2) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ และร้อยละ

3) วิเคราะห์ข้อมูลผลการพัฒนาด้านปฐมภูมิระยะเปลี่ยนผ่านด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ และร้อยละ

5.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

1) วิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการจัดการองค์การและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ.โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

2) วิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์การและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ.ตามแนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วมของสำนักงาน ก.พ.ร. ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมจากค่าเฉลี่ย

แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง และนำช่วงของค่าเฉลี่ยมาจัดระดับการมีส่วนร่วมตามแนวทางการจัดระดับของ Boonchom (2011) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	แปลผล
0.00-0.66	ระดับต่ำ
0.67-1.33	ระดับปานกลาง
1.34-2.00	ระดับสูง

5.3 ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา โดยวิเคราะห์ข้อมูลผลการพัฒนาด้านปฐมภูมิด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0722566 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.65 อายุเฉลี่ย 44.5 ปี มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 85.56 ก่อนถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สนง.สสอ. จำนวน 109 คน เฉลี่ยแห่งละ 5.45 คน เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. โดยสมัครใจ บุคลากรที่ไม่มีความประสงค์ถ่ายโอน จำนวน 140 คน ได้ย้ายไปปฏิบัติราชการที่ สนง.สสอ. ที่สังกัดทำให้ สนง.สสอ. มีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นเป็น 249 คน เฉลี่ยแห่งละ 12.5 คน โดยส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 46.59 รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 27.71 และ 25.70 ตามลำดับ ในระยะเปลี่ยนผ่านหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ช่วง 6 เดือนแรกปีงบประมาณ 2566 พบว่า สนง.สสอ. ทุกแห่งยังไม่มีการจัดโครงสร้าง

องค์กรภายในเพื่อรองรับงานด้านปฐมภูมิไว้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดช่องว่างในการประสานงานและดำเนินงานด้านปฐมภูมิในระดับพื้นที่ ส่งผลให้ผลงานตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิระดับจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์หลายประเด็นเมื่อเปรียบเทียบกับผลงานในช่วงเวลาเดียวกันก่อนถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2565 (Health data Center Ministry

of Public Health, 2023) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้แสดงความคาดหวังการจัดการองค์กร สนง.สสอ. และการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิ รวมถึงระบบการกำกับติดตามประเมินผลด้านปฐมภูมิ หลังถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. รายละเอียดแสดงดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: ความคาดหวังของกลุ่มตัวอย่างในการจัดการองค์กร สนง.สสอ.และการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิ

ประเด็นปัญหา	ความคาดหวัง
1. การจัดการองค์กรของ สนง.สสอ.	- จัดโครงสร้างองค์กรภายในให้เป็นแนวทางเดียวกัน และมีกลุ่มงานเพื่อรองรับภารกิจด้านปฐมภูมิหลังถ่ายโอน รพ.สต. อย่างชัดเจน - มีการมอบหมายบุคลากรใน สนง.สสอ. ให้เป็นผู้ประสานงานพื้นที่ระดับตำบล ในด้านปฐมภูมิให้ครบทุกตำบล ตำบลละ 1 คน จำนวน 193 ตำบล
2. การปรับภารกิจด้านปฐมภูมิ	- ควรมีการกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดร่วมด้านปฐมภูมิให้ชัดเจนระหว่าง สนง.สสจ. และ อบจ.ร้อยเอ็ด - ควรขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ให้ครบทุกแห่ง (จำนวน 258 แห่ง) - ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ - ควรมีการบูรณาการงานด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. เข้ากับแผนงาน-โครงการด้านสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
3. ระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการกิจด้านปฐมภูมิ	- สนง.สสจ.ร้อยเอ็ด และ อบจ.ร้อยเอ็ด ควรทำแผนพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิระดับพื้นที่ สรรหาบุคลากรทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน รวมถึงลงนามความร่วมมือ ในการสนับสนุนและร่วมดำเนินงานด้านปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่าน - ควรมีคณะกรรมการร่วมระหว่าง สนง.สสจ. และอบจ. ร้อยเอ็ด ในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ - ควรกำหนดให้ สนง.สสอ. ทุกแห่งทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแล (Regulator) ระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ - ควรมีการดำเนินงานขับเคลื่อนด้านปฐมภูมิในภาคประชาชนร่วมด้วย - ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลการพัฒนาด้านปฐมภูมิ

ผลงานตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิในระยะเปลี่ยนผ่านพบว่า มีผลงานอยู่ในระดับไม่ผ่านเกณฑ์ และมีความครอบคลุมต่ำกว่าผลงานในช่วงเวลาเดียวกันก่อนถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ในปีงบประมาณ 2565 ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งคุณภาพ 2) เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองและมีพัฒนาการสมวัย 3) การตรวจ

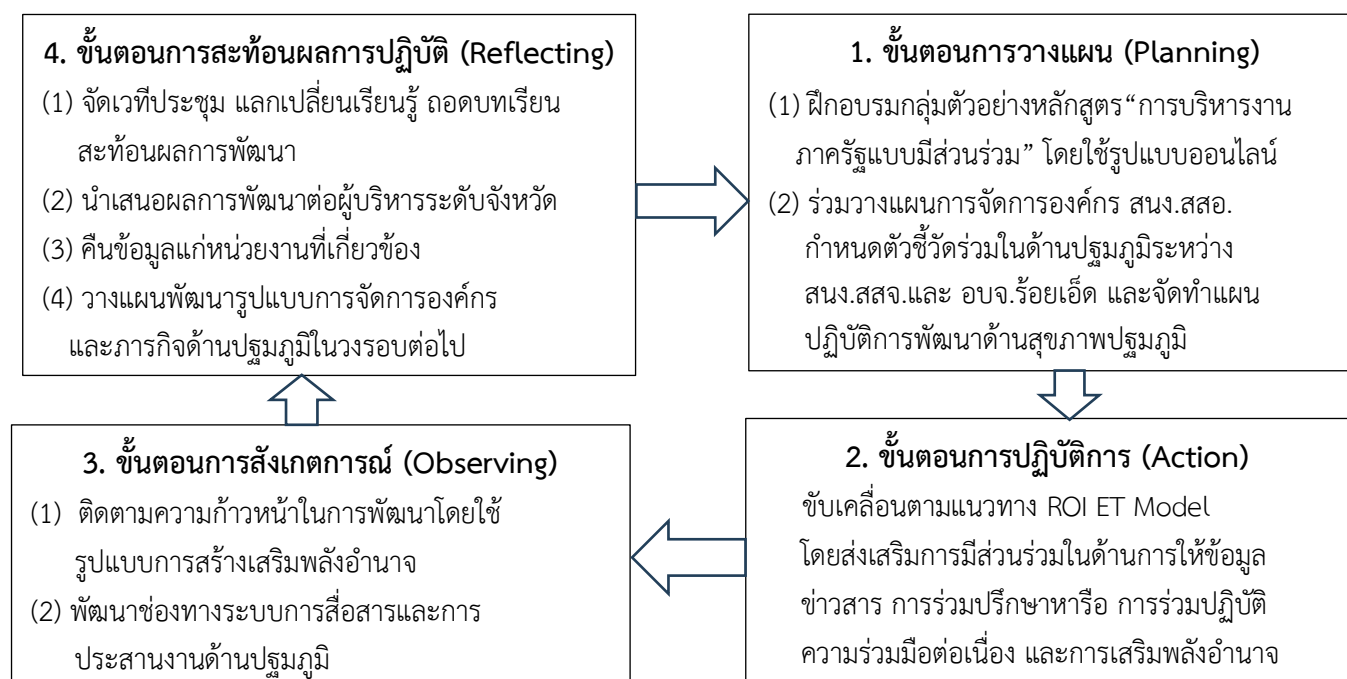
ติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 4) การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5) ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกัน หัด-คางทูม-หัดเยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) (Health Data Center, 2023) รายละเอียดแสดงดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2: เปรียบเทียบร้อยละผลงานตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิ 9 เดือนแรกปีงบประมาณ 2566 และ 9 เดือนแรกปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลงาน (%)		ผลการเปรียบเทียบ
			ปี 2565	ปี 2566	
1	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้ง คุณภาพ	60	54.82	49.04	ต่ำกว่า
2	ร้อยละของเด็ก 0 -5 ปี ได้รับการคัดกรองและมีพัฒนาการสมวัย	87	89.21	72.34	ต่ำกว่า
3	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน	73	71.93	68.80	ต่ำกว่า
4	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง	90	90.45	88.34	ต่ำกว่า
5	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัด เยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี	85	87.48	85.26	ต่ำกว่า

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วงจร PAOR Cycle (Stephen Kemmis, Wilf Carr & Robin McTaggart, 1982) ในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ.หลังถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 วงจรการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ.

ระยะที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กร และการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

3.1 จากการขับเคลื่อนงานวิจัยได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้าน

ปฐมภูมิของ สนง.สสอ. โดยแบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่
1) การจัดโครงสร้างองค์กร สนง.สสอ. 2) การปรับภารกิจด้านปฐมภูมิ และ 3) ระบบการกำกับติดตาม ประเมินผลภารกิจด้านปฐมภูมิ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3: รูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิที่พัฒนาขึ้น

ประเด็น	รูปแบบในระยะก่อนการพัฒนา และระยะเปลี่ยนผ่าน	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
1.การจัดโครงสร้าง ภายในองค์กร สนง.สสอ.	ไม่มีการจัดโครงสร้างภายในองค์กร เพื่อรองรับภารกิจด้านปฐมภูมิ	1. จัดโครงสร้างภายในองค์กร โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มงาน มีระบบการควบคุมกำกับที่ชัดเจน ได้แก่ 1) กลุ่มงานบริหาร 2) กลุ่มงานวิชาการและพัฒนาคุณภาพ 3) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4) กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ 2. มีคำสั่งมอบหมายให้บุคลากร สนง.สสอ. เป็นผู้รับผิดชอบประสานงานด้านปฐมภูมิในพื้นที่เป็นรายตำบล ครอบคลุมทั้งจังหวัด (จำนวน 193 ตำบล)
2. การปรับภารกิจด้าน ปฐมภูมิ	ไม่มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด ร่วมกันระหว่าง สนง.สสจ.และ อบจ. ร้อยเอ็ดในการพัฒนาด้านปฐมภูมิ	สนง.สสจ.และ อบจ.ร้อยเอ็ด ร่วมกำหนด เป้าหมาย แนวทางดำเนินงานและตัวชี้วัดร่วม ด้านปฐมภูมิ จำนวน 21 ตัวชี้วัด
3. ระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลภารกิจ ด้านปฐมภูมิ	ไม่มีระบบกำกับติดตาม ประเมินผล ภารกิจด้านปฐมภูมิอย่างชัดเจน	1. สนง.สสอ.ทุกแห่งเป็น Regulator ด้านปฐมภูมิ 2. มีคณะกรรมการร่วมในการประเมินผล การพัฒนาด้านปฐมภูมิในระดับพื้นที่ 3. มีระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล 4. สนง.สสอ. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านปฐมภูมิ

ตารางที่ 3: (ต่อ)

ประเด็น	รูปแบบในระยะก่อนการพัฒนา และระยะเปลี่ยนผ่าน	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
		5. กำหนดรูปแบบการพัฒนาด้านปฐมภูมิ โดยใช้หลักการ “ROI ET Model” R = Regulatory Manager (ผู้จัดการระบบการกำกับดูแล) O = Organization management (การจัดการองค์กร) I = Involvement of stakeholder (การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) E = Evaluation management (การจัดการประเมินผล) T = Team management (การจัดการทีม)

3.2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการ
องค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ.
พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนา ฯ โดยรวมอยู่
ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 1.40 ซึ่งกำหนดช่วงค่าเฉลี่ยระหว่าง
0.00 - 2.00 โดยมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ ระดับการให้ข้อมูล

ข่าวสาร ค่าเฉลี่ย 1.45 รองลงมาคือ ระดับร่วมปฏิบัติ และ
ระดับการร่วมปรึกษาหารือ ค่าเฉลี่ย 1.43 และ 1.41
ตามลำดับและมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือระดับการเสริม
อำนาจ ค่าเฉลี่ย 1.29 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4: ร้อยละและระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจ
ด้านปฐมภูมิ

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน / ร้อยละ (n=554)			$\bar{x}$	SD	การแปลผล ระดับการ มีส่วนร่วม
	ทุกครั้ง/ เป็นส่วนใหญ่	บางครั้ง	ไม่มีส่วนร่วม			
1. การให้ข้อมูลข่าวสาร	475 (85.74)	79 (14.26)	-	1.45	0.46	สูง
2. การร่วมปรึกษาหารือ	402 (72.56)	152 (27.44)	-	1.41	0.44	สูง
3. การร่วมปฏิบัติ	455 (82.13)	99 (17.87)	-	1.43	0.48	สูง
4. ความร่วมมือต่อเนื่อง	416 (75.09)	138 (24.91)	-	1.39	0.52	สูง
5. การเสริมพลังอำนาจ	130 (23.47)	424 (76.53)	-	1.29	0.59	ปานกลาง
ภาพรวม	376 (67.87)	178 (32.13)	-	1.40	0.51	สูง

3.3 ผลการพัฒนา โดยพิจารณาจากผลงาน ตัวชี้วัดรวมด้านปฐมภูมิ จำนวน 21 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบ ข้อมูลผลงาน 10 เดือนหลังการพัฒนา (ระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 - พฤษภาคม 2567) กับข้อมูลผลงานก่อน การพัฒนา (ระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 - พฤษภาคม 2566) พบว่าส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์และมีความครอบคลุมสูง

กว่าช่วงก่อนการพัฒนา จำนวน 14 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 66.66) (ตารางที่ 5) โดยมีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์แต่มีความครอบคลุมสูงกว่าช่วงก่อนการพัฒนา จำนวน 3 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 14.29) (ตารางที่ 6) และมีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน เกณฑ์และมีความครอบคลุมต่ำกว่าช่วงก่อนการพัฒนา จำนวน 4 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 19.05) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5: เปรียบเทียบร้อยละผลงานตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์และมีความครอบคลุมสูงกว่าก่อนถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลงาน (%)		แหล่งข้อมูล
			ก่อน	หลัง	
1	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	90	88.34	90.26	HDC
2	ร้อยละของแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	95	82.54	90.99	Key In
3	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	25	55.55	58.44	HDC
4	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	50	48.90	54.36	Key In
5	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป	82	86.74	92.49	Key in
6	ร้อยละของประชาชนในชุมชนได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรค	80	79.68	84.51	Key in
7	ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	100	44.63	85.12	Key in
8	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	90	90.39	93.09	Key in
9	ร้อยละความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	85	86.67	88.32	Key in
10	ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ	85	88.84	92.66	Key in
11	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม	70	75.46	78.67	Key in
12	ร้อยละการดำเนินงานอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล	90	95.00	100	Key in
13	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	40	43.21	47.78	Key in
14	อัตราการตายด้วยโรคไข้เลือดออก (ต่อประชากรแสนคน)	50	132.28	57.39	Key in

HDC = Health Data Center = ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, Key In = การบันทึกผลงานในระบบ ประเมินผลงานตัวชี้วัดของ สสจ. ร้อยเอ็ด

ตารางที่ 6: เปรียบเทียบร้อยละผลงานตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์แต่มีความครอบคลุมสูงกว่าก่อนถ่ายโอนภารกิจ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลงาน (%)		แหล่งข้อมูล
			ก่อน	หลัง	
1	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้ง คุณภาพ	60	7.77	9.70	HDC
2	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	73	68.80	69.53	HDC
3	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	45	33.68	35.23	Key in

ตารางที่ 7: เปรียบเทียบร้อยละผลงานตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์และมีความครอบคลุมต่ำกว่าก่อนถ่ายโอนภารกิจ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลงาน (%)		แหล่งข้อมูล
			ก่อน	หลัง	
1	ร้อยละของเด็ก 0 -5 ปี ได้รับการคัดกรองและมีพัฒนาการสมวัย	87	83.39	67.76	HDC
2	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี	85	85.26	82.25	HDC
3	ร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	15	12.74	11.15	Key in
4	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (เป้าหมาย < 16: 100,000)	16	28.78	33.41	Key In

MMR = Measles, Mumps, Rubella vaccine

อภิปรายผล

1. การศึกษาสถานการณ์ ความคาดหวังและพัฒนาความร่วมมือ พบว่า เมื่อมีการถ่ายโอน รพ.สต. ซึ่งเป็นการถ่ายโอน โดยสมัครใจทำให้บุคลากร รพ.สต. ที่ไม่มีความประสงค์ถ่ายโอน ต้องได้ย้ายไปปฏิบัติราชการที่ สนง.สสอ. ที่สังกัด ในขณะที่ รพ.สต. ขาดบุคลากรที่เป็นสหวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ ส่งผลกระทบต่อการบริการสุขภาพปฐมภูมิจนถึงผลการพัฒนา ตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิ เนื่องจากขาดการกำหนดเป้าหมายร่วมกันและระบบข้อมูลด้านสุขภาพขาดความเชื่อมโยง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Srikajornwong, 2022) ที่พบว่าข้อเสียของการถ่ายโอน รพ.สต. คือ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพจะขาดความเชื่อมโยงกันในภาพรวมและความไม่แน่นอนในทางการเมืองอาจส่งผลต่อ รพ.สต. อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดำเนินงาน

ด้านปฐมภูมิมากกว่า 10 ปี อาจจะส่งผลให้เกิดความผูกพันในการทำงานและคุณภาพของงานด้านปฐมภูมิ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Phonbun, 2022) พบว่าประสบการณ์ของบุคลากรสังกัดกระทรวงยุติธรรมมีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันในงานโดยผ่านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ส่วนด้านความคาดหวัง พบว่า สนง.สสอ.ควรมีการจัดโครงสร้างภายในองค์กรภายในที่รองรับงานปฐมภูมิ มีคำสั่งมอบหมายให้บุคลากรเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานในพื้นที่เป็นรายตำบล และทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแล (Regulator) งานปฐมภูมิในระดับพื้นที่ถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านปฐมภูมิเนื่องจากมีหน่วยงานกำกับดูแลและระบบที่ชัดเจน เป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านปฐมภูมิ ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษา

ของ Intaraprawat W (2017) พบว่า ปัจจัยความคาดหวังของบุคลากรส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรบริษัท Play Digital Co., Ltd. การพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ. ได้ประยุกต์ใช้แนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วม 5 ระดับ โดยมีการฝึกอบรมกลุ่มตัวอย่างหลักสูตรการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งได้สร้างกลไกการมีส่วนร่วมแต่ละระดับอย่างชัดเจน โดยระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) ผู้วิจัยได้แจ้งผลการดำเนินงานภารกิจด้านปฐมภูมิในช่วงเปลี่ยนผ่านเพื่อชี้ให้เห็นปัญหาและผลกระทบในด้านสุขภาพของประชาชน แล้วเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็น (Consult) และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา เป็นระดับการนำไปสู่การเสริมสร้างการเข้ามามีบทบาท (Involve) ในการแก้ไขปัญหาโดยรวมวางแผนการจัดการองค์กร สนง.สสอ.ถือว่าเป็นการวางแผนพัฒนาองค์กรที่จะส่งผลกระทบเชิงบวกกับประสิทธิภาพการทำงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Phaowiangkham et al. (2018) ที่พบว่า การวางแผนการปฏิบัติงานที่ดีของผู้อำนวยการกองคลังสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทยในด้านการมอบหมายการปฏิบัติตามแผนและด้านการดำเนินการตามแผนมีความสัมพันธ์และผลกระทบเชิงบวกกับประสิทธิภาพการทำงาน และการมีส่วนร่วมในระดับนี้ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดร่วมด้านปฐมภูมิระหว่าง สนง.สสจ.และ อบจ.ร้อยเอ็ด จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาด้านสุขภาพปฐมภูมิ นำไปสู่การปฏิบัติตามแผนและด้านการดำเนินการตามแผนมีความสัมพันธ์และผลกระทบเชิงบวกกับประสิทธิภาพการทำงาน แล้วนำไปสู่ระดับการสร้างร่วมมือ (Collaborate) ซึ่งได้ร่วมขับเคลื่อนตามแนวทาง Roi Et Model ได้แก่ R คือ Regulatory Manager ซึ่งมีบุคลากรของ สนง.สสอ. ผู้จัดการระบบการกำกับดูแล O คือ Organization management มีการจัดการองค์กร สนง.สสอ.โดยการจัดตั้งกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพรองรับภารกิจด้านปฐมภูมิ, I คือ Involvement of stakeholder โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา E คือ Evaluation management มีระบบการจัดการประเมินผล โดยการร่วมดำเนินการกำกับติดตามการดำเนินงานภารกิจด้านปฐมภูมิร่วมกันระหว่างบุคลากร

ของ สสจ.ร้อยเอ็ด สนง.สสอ.ทุกแห่ง และ อบจ.ร้อยเอ็ด และ T คือ Team management โดยมีการจัดการทีมอย่างเป็นระบบ นำไปสู่ระดับการเสริมพลังอำนาจ (Empower) โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้ามามีบทบาทในการตรวจสอบผลงานด้านปฐมภูมิและนำเสนอข้อคิดเห็นในการพัฒนาในวงรอบต่อไป ทำให้เกิดกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tumkosit et al. (2023) ที่ได้ศึกษาประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิโดย รพ.สต.ที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่อบจ. ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมในความร่วมมือกันกับ รพ.สต.ในการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิของสังคมมีทิศทางสูงขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ได้รายงานผลการวิเคราะห์การดำเนินงานตามภารกิจหน้าที่ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือการกำหนดมาตรฐานบริหารนโยบาย การกำกับติดตาม และประเมินผล การประสานการดำเนินงาน การส่งเสริมสนับสนุน อำนาจความสะดวกให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและให้กับหน่วยงานในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสอดคล้องกับคำแนะนำในการวิจัยของ Phurichaiworanant et al. (2019) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานสาธารณสุขของสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริหารงาน คือ สาธารณสุขอำเภอควรมีการส่งเสริมสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม งานวิจัยและการใช้เทคโนโลยี มีการประสานงานกับภาคีเครือข่ายและการเยี่ยมเสริมพลัง สำหรับขั้นตอนการสังเกตการณ์โดยมีการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาโดยการสร้างเสริมพลังอำนาจ ได้สอดคล้องกับแนวคิดจัดการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจของ David (2005); Ampansirirat (2017) ที่มีคำแนะนำว่าการประเมินแบบเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการเสริมพลัง พัฒนาศักยภาพผู้รับการนิเทศให้สามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจหาทางเลือกได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nunjaiwong (2021) ที่พบว่าการเสริมพลังอำนาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางความคิดของผู้ร่วมวิจัยต่อสถานการณ์ยาเสพติด ความเข้าใจต่อชุดความรู้ ภาควิชาการของเรือนจำที่มีต่อผู้ต้องขังคดียา

เสถียรและการวางแผนชีวิตของผู้ร่วมวิจัยต่อการกำกับตนเองออกมาจากยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน ส่วนขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติโดยมีการจัดเวทีประชุมถอดบทเรียนเพื่อหารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิที่เหมาะสม เป็นการบริหารการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Watcharasin and Chalardsakul (2023) ที่ได้ศึกษาการบริหารจัดการองค์กรไปสู่ความสำเร็จในศตวรรษที่ 21 โดยพบว่าความท้าทายด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลงให้มีความสำคัญต่อประเด็นสภาวะทางสังคม วิถีชีวิตของคน การเข้าถึงเทคโนโลยี ความหลากหลายและความขัดแย้งกับส่งผลให้ผู้นำจำเป็นต้องมีเครื่องมือสำหรับการขับเคลื่อนองค์กรสู่ความสำเร็จที่แตกต่างจากยุคที่ผ่านมาและการจัดการความรู้ในองค์กร การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง การทำงานอย่างเป็นเครือข่ายและทำงานร่วมกับองค์กรเพื่อการเรียนรู้ ถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะต้องมีการนำไปใช้ สำหรับการบริหารความเสี่ยง ช่วยให้องค์กรสามารถเลือกทิศทางและกำหนดกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป ผลการพัฒนา พบว่า สนง.สสอ.ทุกแห่งได้มีการจัดโครงสร้างองค์กรรองรับการเปลี่ยนแปลงในภารกิจด้านปฐมภูมิ โดยมีกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพเป็นผู้ประสานงานด้านปฐมภูมิในพื้นที่ บุคลากร สนง.สสอ.ได้ร่วมปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และบุคลากรของ รพ.สต. แบบไร้รอยต่อ ผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนา พบว่าโดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านที่มีส่วนร่วมในระดับปานกลางคือระดับการเสริมพลังอำนาจนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะในการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจแก่บุคลากร สนง.สสอ.ให้มีศักยภาพในการวิเคราะห์ ที่ช่วยให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีความมั่นใจ และมีความสามารถในการควบคุมชีวิตหรือการทำงานของตนเอง รวมถึงการตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรต่างๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืนมุ่งมั่น และการที่ สนง.สสจ.และ อบจ.ร้อยเอ็ดได้ร่วมกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมด้านปฐมภูมิจำนวน 21 ตัวชี้วัด โดย สนง.สสอ. มีบทบาทในการกำกับ

ดูแลอย่างเป็นระบบนั้น พบว่าผลการพัฒนาตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิโดยเปรียบเทียบข้อมูลผลงานหลังการพัฒนา กับข้อมูลผลงานก่อนการพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ และมีความครอบคลุมสูงกว่าช่วงก่อนการพัฒนา จำนวน 14 ตัวชี้วัด ร้อยละ 66.66 ซึ่งให้เห็นว่าประชาชนชี้ให้เห็นว่าประชาชนได้รับการสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับปฐมภูมิได้อย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนจากบริบทเดิมของระบบบริการปฐมภูมิ

สรุปผล

การถ่ายโอน รพ.สต. เป็นการถ่ายโอนโดยสมัครใจ ทำให้บุคลากร รพ.สต.ที่ไม่มีความประสงค์ถ่ายโอนต้องได้ย้ายไปปฏิบัติราชการที่ สนง.สสอ. ทำให้บุคลากร สนง.สสอ. มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและไม่มีการวางแผนการจัดการองค์กรเพื่อรองรับงานปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน รพ.สต. อย่างชัดเจน ในขณะที่ รพ.สต.ขาดบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านปฐมภูมิ ส่งผลกระทบต่อการบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ โดยระยะเปลี่ยนผ่านหลังการถ่ายโอน รพ.สต.ไป อบจ.ร้อยเอ็ด 10 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566) มีผลงานตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิไม่ผ่านเกณฑ์หลายตัวชี้วัดและมีความครอบคลุมต่ำกว่าผลงานในช่วงเวลาเดียวกันกับก่อนถ่ายโอน รพ.สต. องค์ความรู้ใหม่ที่ผู้วิจัยค้นพบหรือองค์ความรู้ที่ดีกว่าหรือแตกต่างจากองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่ คือผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิของ สนง.สสอ.ได้ประยุกต์ใช้หลักการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วมของสำนักงาน ก.พ.ร. โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับการให้ข้อมูล ข่าวสาร การร่วมปรึกษาหารือ การร่วมปฏิบัติ ความร่วมมือต่อเนื่อง และการเสริมพลังอำนาจ ได้ร่วมกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมด้านปฐมภูมিরะหว่าง สนง.สสจ. และ อบจ.ร้อยเอ็ด โดย สนง.สสอ. ทุกแห่งทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแล (Regulator) งานปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นระบบ เกิดกลไกการพัฒนา คือ “ROI ET MODEL” นำไปสู่การลดช่องว่างในการดำเนินงานด้านปฐมภูมิในพื้นที่ และส่งผลให้การพัฒนาตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิหลังถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์และมีความครอบคลุมสูงกว่า

ช่วงเวลาเดียวกันก่อนถ่ายโอน รพ.สต. ชี้ให้เห็นว่าประชาชนได้รับการจากระบบสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงและยืนยันผลลัพธ์ที่ชัดเจนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 จังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ควรนำแนวทาง Roi Et Model ไปประยุกต์ใช้ในการปรับภารกิจด้านปฐมภูมิ เพื่อลดช่องว่างในการดำเนินงานปฐมภูมิในพื้นที่ เนื่องจากเป็นวิธีการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมแต่ละระดับอย่างชัดเจน ตั้งแต่ระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร การแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญห การเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหา เกิดความร่วมมือนำไปสู่ระดับการเสริมพลังอำนาจและนำเสนอข้อคิดเห็นในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

1.2 สาธารณสุขอำเภอควรเร่งรัดการติดตามกำกับการพัฒนาตัวชี้วัดร่วมด้านปฐมภูมิที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย 1) การคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี และมีพัฒนาการสมวัย โดยประสาน สนง.สสจ.ร้อยเอ็ดและศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ในการอบรมฟื้นฟูความรู้บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.ในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก รวมถึงการบันทึกข้อมูลและระบบการส่งต่อให้บรรลุเป้าหมาย 2) ความครอบคลุมการรับวัคซีน MMR2 โดยประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายในการสนับสนุนเทคนิคการให้วัคซีน MMR แก่บุคลากร รพ.สต. ให้ครอบคลุมและบันทึกผลการปฏิบัติงานให้ครบถ้วนทันเวลา 3) การให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดบริการการแพทย์ทางไกลและประสาน รพ.สต.นำระบบการแพทย์ทางไกลสู่ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง และ 4) อัตราตายมารดา โดยประสานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (Maternal and Child Health Board) เพื่อฟื้นฟูองค์ความรู้ด้านวิชาการแก่ผู้ปฏิบัติงานและวางแผนพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพ ควรนำแนวทางการบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วมของสำนักงาน ก.พ.ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดกลไกการพัฒนาแบบอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อออกแบบชุดความรู้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการองค์กรและการปรับภารกิจของ สนง.สสอ.ที่มีถ่ายโอน รพ.สต.เปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต.ในด้านการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ ด้านการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ และด้านอื่น ๆ

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงลึกและอยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงเพื่อแสวงหาคำตอบในการลดรอยต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน รพ.สต.อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์และผลกระทบด้านสุขภาพตามที่ต้องการ ตลอดจนติดตามและประเมินผลสถานการณ์สุขภาพของชุมชนและสังคม เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

References

- Ampansirirat, A. (2017). Empowerment Evaluation: Principles and Application. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 280-291.
- Boonchom Srisa-ard. (2011). *Preliminary research*. Bangkok: Suwiriyan.
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2023). *Annual Report (2019)*. HDC. <https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/1/2025>.
- Intaraprawat, W. (2017). *Influence of Employee's Expectancy to Work Performance, Play Digital CO., LTD*. [Independent Study, Master of Business Administration (General Management)]. Rajamangala University of Technology Thanyaburi.

- Nunjaiwong, J. (2012). Participatory Action Research on Achieving Empowerment Among the Groups of Drug Addicted Individuals. *Journal of Social Science, Law and Politics*, 4(2), 1-22.
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2017). *Ministerial Regulations on the Division of Government Agencies, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2017*. https://www.skto.moph.go.th/document_file/aumnat.pdf.
- Office of the Permanent Secretary to the Prime Minister. (2022). *Transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals to the Provincial Administrative Organization*. <https://www.hfocus.org/content/2021/12/23865>.
- Office of the Public Sector Development Commission. (2023). *Participatory Governance*. <https://www.opdc.go.th/content/Mjc4Nw>
- Phaowiangkham D. et al. (2018). Effects of Best Practice Planning on the Job Efficiency of the Finance Director at Higher Education Institutions in Thailand. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University*, 37(1), 88-97.
- Phonbun, S. (2022). *Influence of Employee Experience of Quality of Work- Life and Work Engagement of Civil Servants at The Ministry of Justice with*, [Thesis Doctor of Philosophy of Applied Psychology]. Graduate Srinakharinwirot University.
- Srikajornwong, R. (2022) Readiness of the Provincial Administrative Organization and Transfer of Sub- district Health Promoting Hospitals. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 2 (3), 315-334.
- Stephen K. et al. (2014). *The Action Research Planer: Doing Critical Participatory Action Research*. <https://educons.edu.rs/wp-content/uploads/2020/05/2014-The-Action-Research-Planner.pdf>
- Tumkosit U. et al. (2023). Evaluation of the Primary Health Care System Governance of the Sub-district Health Promoting Hospitals that were Transferred to the Provincial Administrative Organizations in Thailand's 2023 Fiscal Year. *J SOC SCI CHULA*, 54(1), 80-116.
- Watcharasin N. & Chalardsakul C. (2023). Organizational Management for Success in the 21st Century. *Journal of MCU Social Development*, 8(3), 247-257.

Original Article

EFFECTS OF THE “LONG Time DO” PROGRAM TO ENHANCE SELF-EFFICACY WITH SOCIAL SUPPORT FOR HEALTH BEHAVIORS MODIFICATION IN ABDOMINAL OBESITY AMONG HEALTH PERSONNEL

Received: May 09, 2024

Received: November 20, 2025

Accepted: November 20, 2025

Pitsinee Sansenya ^{1,*}, Natnapa Heebkaew Patchasuwan ², Pannee Banchonhattakit ³

^{1,2} Health Behavior and Health Promotion Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand

³ Faculty of Public Health, Valaya Alongkom Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani 13180, Thailand

Corresponding author; E-mail: pitsinee.sa@kkumail.com *

Citation: Sansenya P., Patchasuwan N. H., Banchonhattakit P. (2025). Effects of the “LONG Time DO” Program to Enhance Self-Efficacy with Social Support for Health Behaviors Modification in Abdominal Obesity Among Health Personnel. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(3), e16569.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Central obesity among healthcare personnel is a significant issue that impacts not only their personal health but also their credibility as role models for the public. This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of the “LONG Time DO” program, designed to enhance self-efficacy and social support for health behavior modification among healthcare personnel with central obesity. The sample consisted of 64 healthcare personnel diagnosed with central obesity, divided into an experimental group (n=32), which participated in the 12-week program, and a comparison group (n=32), which received standard care. Data were collected at baseline and post-intervention using health behavior questionnaires and physical assessments. Statistical analyses employed descriptive statistics, Chi-square test, Independent t-test, Paired t-test, and ANCOVA. The results revealed that, post-intervention, the experimental group had significantly higher mean scores than the comparison group in outcome expectation ($\bar{x}_{diff} = 3.04$, 95% CI: 0.84 to 5.25), self-efficacy ($\bar{x}_{diff} = 12.52$, 95% CI: 9.90 to 15.13), eating behavior ($\bar{x}_{diff} = 11.81$, 95% CI: 7.53 to 16.09), and exercise behavior ($\bar{x}_{diff} = 12.19$, 95% CI: 8.99 to 15.39). Furthermore, the experimental group demonstrated a significant reduction in waist circumference ($\bar{x}_{diff} = 5.74$, 95% CI: 4.14 to 7.34) and Body Mass Index ($\bar{x}_{diff} = 1.02$, 95% CI: 0.39 to 1.65). Within-group comparisons indicated significant improvements in all variables for the experimental group, whereas the comparison group showed no significant changes. These findings suggest that the “LONG Time DO” program is effective and can be applied to develop health interventions aimed at reducing central obesity among healthcare personnel on a wider scale.

Keywords: Abdominal obesity; Health behaviors; Self-efficacy; Social support

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรม “LONG Time DO” เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง

รับบทความ: 09 พฤษภาคม 2568

แก้ไขล่าสุด: 20 พฤศจิกายน 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 20 พฤศจิกายน 2568

พิชญ์สินี แสนเสนยา^{1,*}, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ², พรรณี บัญชรหัตถกิจ³

^{1,2} สาขาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น 40002, ประเทศไทย

³ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี 13180, ประเทศไทย

Corresponding author; E-mail: pitsinee.sa@kkumail.com *

อ้างอิง: พิชญ์สินี แสนเสนยา, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2568). ผลของโปรแกรม “LONG Time DO” เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(3), e16569.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

ภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความน่าเชื่อถือในการเป็นแบบอย่างที่ดี การวิจัยกึ่งทดลองนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “LONG Time DO” เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและการวัดผลทางกายภาพ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square Test, Independent samples T-test, Paired t-test และ ANCOVA ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติ ($\bar{X}_{diff}=3.04$, 95% CI: 0.84 ถึง 5.25) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X}_{diff}=12.52$, 95% CI: 9.90 ถึง 15.13) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\bar{X}_{diff}=11.81$, 95% CI: 7.53 ถึง 16.09) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{X}_{diff}=12.19$, 95% CI: 8.99 ถึง 15.39) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีรอบเอว ลดลง ($\bar{X}_{diff}=5.74$, 95% CI: 4.14 ถึง 7.34) และค่าดัชนีมวลกายลดลง ($\bar{X}_{diff}=1.02$, 95% CI: 0.39 ถึง 1.65) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า ทุกตัวแปรมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่แตกต่างกันจากก่อนการทดลอง ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในวงกว้างต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะอ้วนลงพุง; พฤติกรรมสุขภาพ; การรับรู้ความสามารถของตนเอง; การสนับสนุนทางสังคม

บทนำ

ภาวะอ้วนลงพุง (Abdominal obesity) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันในช่องท้องและรอบเอวมามากผิดปกติ ซึ่งเป็นผลจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหารและพลังงานที่ร่างกายใช้ไป รวมถึงภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Ninphupataweechot et al., 2021) ภาวะนี้ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลายชนิด เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลกระทบต่ออายุขัย และก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ โดยคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนทั่วโลกอาจสูงถึง 3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปีภายในปี พ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2023) สถานการณ์ในประเทศไทยมีความน่ากังวลเช่นกัน โดยการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 40.1 (Ekaplakorn, 2021) และข้อมูลล่าสุดยังชี้ให้เห็นว่าประชากรไทยมีรอบเอวเกินเกณฑ์ในสัดส่วนที่สูงอย่างต่อเนื่อง (Ministry of Public Health, 2024) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา

บุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน แต่ยังคงพบภาวะอ้วนลงพุงในอัตราที่สูงเช่นกัน ดังข้อมูลการตรวจสุขภาพบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ ปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีรอบเอวเกินเกณฑ์ถึงร้อยละ 51.52 และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์ร้อยละ 66.61 (Mueang Bueng Kan District Public Health Office, 2024) แม้จะมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัจจัยพฤติกรรมการบริโภค และการขาดการออกกำลังกาย (Threerapongphatthana, 2023; Boontein, 2017) ภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรกลุ่มนี้ นอกจากจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเองแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือในการเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญยิ่ง แนวทางหนึ่งที่น่าสนใจคือการประยุกต์ใช้

ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy Theory) (Bandura, 1997) ซึ่งเน้นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) (House, 1981) ที่ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ทั้งทางด้านอารมณ์ ข้อมูล เครื่องมือ และการประเมินผล การศึกษาที่ผ่านมาต่างสนับสนุนว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Supruang et al., 2021; Palapol et al., 2017) และการให้แรงสนับสนุนทางสังคม (Wongmusik et al., 2015) มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะอ้วนลงพุงได้

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างทางองค์ความรู้ที่สำคัญเนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมแบบแยกส่วน และยังคงมีช่องว่างขององค์ความรู้ในการบูรณาการกลยุทธ์จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นจากภายใน ควบคู่ไปกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างปัจจัยเสริมจากภายนอกอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขโดยตรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนแต่กลับมีความชุกของภาวะอ้วนลงพุงสูง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรม “LONG Time DO” ที่บูรณาการกลยุทธ์จากทั้งสองทฤษฎีอย่างเป็นระบบขึ้น นอกจากนี้ การวิจัยยังเพิ่มความแม่นยำในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและประเมินผลโดยใช้เกณฑ์อัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่มีความน่าเชื่อถือสูง (Health Systems Research Institute, 2018) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และลดภาวะอ้วนลงพุงซึ่งพิจารณาจากขนาดเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายที่ลดลงของบุคลากรที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยมุ่งหวังว่าผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ขนารอบเอว และดัชนีมวลกายของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ขนารอบเอว และดัชนีมวลกายของบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม “LONG Time DO” ที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 แห่ง ในเขตจังหวัดบึงกาฬ ที่มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวนทั้งสิ้น 486 คน (Bueng Kan Provincial Public Health Office, 2024)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 64 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬ จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ บุคลากรสาธารณสุขอำเภอพรเจริญ จำนวน 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1.2.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

คือ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพและสายสนับสนุน 2) มีอัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงมากกว่า 0.50 หรือรอบเอวเกินครึ่งหนึ่งของส่วนสูง 3) ไม่อยู่ในช่วง

ลดน้ำหนักด้วยวิธีการต่าง ๆ 4) มีโทรศัพท์มือถือสามารถใช้แอปพลิเคชัน LINE ได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.2.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาทดลอง หรืออยู่ระหว่างรอคำสั่งย้ายราชการหรือคำสั่งอนุมัติให้ลาออกในช่วงระยะทำการทดลอง 2) ป่วยเป็นโรคปอดระยะเฉียบพลันและต่อเนื่องซึ่งกำลังทำการรักษาและพักผ่อนในช่วงทำการทดลอง 3) อยู่ระหว่างรักษาโรคหรืออาการทางสมองและจิตเวช และภาวะสุขภาพจิต 4) ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายระยะสุดท้าย พิษสุราเรื้อรัง มะเร็งทุกชนิด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เบาหวาน ความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ และ 5) บุคคลที่แพทย์สั่งงดการออกกำลังกายทุกกรณี

1.3 การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

1.3.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Chirawatkul, 2013) จากสูตรกำหนดให้ ดังนี้

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

$n/\text{กลุ่ม}$ คือ จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

Z_α คือ ค่าสถิติของการแจกแจงมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

Z_β คือ กำหนดอำนาจการทดสอบ 90% Power of test = 0.90 ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$

Δ^2 คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ย (Effect size) คำนวณจาก $(\mu_1 - \mu_2)^2 = 44.29 - 41.44 = 8.12$ จากงานวิจัยของ Jaiyod & Manoton (2023) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ($\mu_1 = 44.29$, $\mu_2 = 41.44$)

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนร่วม (Pool variance) ซึ่งได้จาก Previous study = 9.06 จากงานวิจัยของ Jaiyod and Manoton (2023) พบว่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ($sd_1 = 2.56$, $sd_2 = 3.40$)

$$\sigma^2 = \frac{(n_1-1)sd_1^2 + (n_2-1)sd_2^2}{(n_1+n_2)-2}$$

$$\sigma^2 = \frac{(34-1)(2.56)^2 + (34-1)(3.40)^2}{(34+34)-2}$$

$$\sigma^2 = \frac{(34-1)(2.56)^2 + (34-1)(3.40)^2}{(34+34)-2}$$

$$\sigma^2 = 9.06$$

นำค่าที่ได้จากการคำนวณหาค่า Pool variance และผลต่างของค่าเฉลี่ย แทนค่า ได้ดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2 \times 9.06 \times (1.64+1.28)^2}{8.12}$$

$$n/\text{กลุ่ม} = 19.03 \approx 20 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout) (Chirawatkul, 2013) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน สูตรที่ใช้คำนวณ

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

$$n_{adj} = \frac{20}{(1-0.20)^2}$$

$$n_{adj} = 31.25 \approx 32 \text{ คน}$$

1.3.2 สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เพื่อกำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยขั้นแรกสุ่มเลือกอำเภอแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากอำเภอทั้งหมด 8 อำเภอในจังหวัดบึงกาฬ จากนั้นจับสลากสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อกำหนดแบ่งกลุ่ม สุ่มเลือกได้อำเภอเมืองบึงกาฬเป็นกลุ่มทดลองและอำเภอพรเจริญเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ขั้นต่อมาคัดเลือกบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละกลุ่มอำเภอ ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ได้ตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม “LONG Time DO” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy Theory) (Bandura, 1997) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) (House, 1981) ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

1) เน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 เป้าหมายที่คาดหวัง (L: Learning for Goals) ดำเนินการในสัปดาห์แรก (60 นาที) เพื่อให้ความรู้และสร้างการคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติหรือเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 2 แร้งบันดาลใจใฝ่มุ่งมั่น (O: Overcoming) เป็นกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านกลยุทธ์เรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 (ครั้งละ 30-60 นาที) จนเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้จากตัวแบบ

กิจกรรมที่ 3 บันทึกไว้เพื่อชีวิต (N: Noting of Triumph) โดยผู้เข้าร่วมโปรแกรมบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรมในคู่มือ “บันทึกพิชิตพุง” เพื่อสร้างประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 เชื้อมหิศสู่ทางฝัน รางวัลความสำเร็จ (G: Give advice & reward) โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา แนะนำ ชื่นชม และมอบรางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมายย่อยในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 เพื่อเป็นการชักชวนทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 จำกัดระยะเวลากิน เว้นระยะเวลาพักท้อง (T: Time-restricted eating) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฝึกปฏิบัติการจำกัดเวลากินเพื่อปรับพฤติกรรม โดยฝึกปฏิบัติการจำกัดเวลากิน/เว้นช่วงพักท้อง ตามระยะที่กำหนดตลอด 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะละ 4 สัปดาห์ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น มีช่วงพักท้อง 12 ชั่วโมงต่อวัน (ต่อเนื่อง 5 วันต่อสัปดาห์)

ระยะเฟส 1 มีช่วงพักท้อง 14 ชั่วโมงต่อวัน (ต่อเนื่อง 5 วันต่อสัปดาห์) และระยะเฟส 2 มีช่วงพักท้อง 16 ชั่วโมงต่อวันจำนวน 3 วันต่อสัปดาห์ และพักท้อง 14 ชั่วโมงต่อวันจำนวน 2 วันต่อสัปดาห์ และบันทึกผลในคู่มือ “บันทึกพิชิตพุง” โดยบันทึกผลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมประสบการณ์ความสำเร็จ

2) ในด้านการสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมได้จัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมการแข่งขันแบบคู่หู (D: Duo challenge) เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและประเมินผลระหว่างผู้เข้าร่วมในระดับคู่ โดยจับคู่ Buddy แข่งขันสะสมคะแนน ประเมินผลสัปดาห์ที่ 4, 8, 12

กิจกรรมการแข่งขันระหว่างทีมในองค์กร (O: Organization Team Tournament) จัดแข่งขันกีฬาหรือกิจกรรมแบบทีมระหว่างโซนหน่วยงานในช่วงท้ายของโปรแกรม เพื่อสร้างบรรยากาศการสนับสนุนทางอารมณ์ในภาพรวม สัปดาห์ที่ 8-11 จำนวน 4 ครั้ง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้การสนับสนุนเพิ่มเติม (S: Social & Instrumental Support) ตลอดโครงการผ่านการให้ข้อมูล คำปรึกษาออนไลน์ และมอบเครื่องมือที่จำเป็น เช่น สายวัด เพื่อส่งเสริมให้การดำเนินกิจกรรมบรรลุผลสำเร็จ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล สายวัดรอบเอว และที่วัดส่วนสูงมาตรฐาน เพื่อประกอบการใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามการวิจัย แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งในหน่วยงาน อายุงาน ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และส่วนสูง เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมค่าในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นแบบปลายปิดแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็นแบบปลายปิดแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ มั่นใจมาก ค่อนข้างมั่นใจ มั่นใจปานกลาง ไม่ค่อยมั่นใจ และไม่มั่นใจเลย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 18 ข้อ คำถามเป็นแบบปลายปิด แบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 13 ข้อ คำถามเป็นแบบปลายปิดแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

สำหรับส่วนที่ 2 ถึง 5 มีเกณฑ์การให้คะแนน รายข้อ ในข้อคำถามเชิงบวก เป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนในข้อคำถามความเชิงลบ เป็น 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ

2.3 เครื่องมือที่ใช้ประกอบการทดลอง คือ สื่อสุศึกษา ได้แก่ คู่มือสมุดบันทึกสุขภาพ “บันทึกพิชิตพุง” ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เพื่อมอบให้กลุ่มทดลองใช้บันทึกสุขภาพตลอดการทดลอง และแบบบันทึกการติดตามกลุ่มทดลองสำหรับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.1 ตรวจสอบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม “LONG Time DO” คู่มือ “บันทึกพิชิตพุง” และแบบบันทึกการติดตาม ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมจากแพทย์อายุรกรรมจากโรงพยาบาลบึงกาฬที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ

3.2 ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุขศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ค่า IOC ของแบบสอบถาม

ในแต่ละข้อคำถาม ไม่ต่ำกว่า 0.67 โดยค่า IOC ของแบบสอบถามโดยรวม อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 โดยได้ปรับแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามให้เหมาะสมด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้ในขั้นตอนต่อไป

3.3 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ดังนี้ 1) การคาดหวังในผลลัพธ์ เท่ากับ 0.93 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 0.89 3) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เท่ากับ 0.91 และ 4) พฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.88

3.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8 อุดรธานี ที่วัดส่วนสูง และสายวัดรอบเอวใช้ยี่ห้อและมาตรฐานเดียวกัน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

4.1 ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการรับรองทางจริยธรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้บริหารหน่วยงานในพื้นที่เป้าหมาย จากนั้นจึงจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่บุคลากรสาธารณสุขที่เข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่สนใจได้แสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจผ่านการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ควบคู่กับการวัดผลทางกายภาพ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว

4.2 ระยะดำเนินการทดลอง ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยแต่ละกลุ่มมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลอง ได้เข้าร่วมโปรแกรม “LONG Time DO” ซึ่งประกอบด้วย 1) การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามทีมนัดหมายเพื่อเรียนรู้ทักษะและรับแรงสนับสนุน และ 2) การกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยใช้คู่มือ “บันทึกพิชิตพุง”

ในการบันทึกพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้การสนับสนุนและคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอตลอดโครงการผ่านช่องทางออนไลน์ (LINE Official Account และ LINE group)

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับคำแนะนำให้ดำเนินชีวิตและปฏิบัติงานตามปกติ โดยไม่ได้รับการแทรกแซงจากโปรแกรมวิจัย แต่ยังคงได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานของหน่วยงาน

4.3 ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มอีกครั้ง เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้ชุดแบบสอบถามและวิธีการวัดผลทางกายภาพ เช่นเดียวกับในระยะก่อนการทดลองทุกประการ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมดไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test และพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

5.2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent simplest-test, Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ขนาดรอบเอว และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง โดยควบคุมผลกระทบของคะแนนก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ ANCOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI

5.2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ขนาดรอบเอว และดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่โครงการ HE672222) รับรอง ณ วันที่ 18 มกราคม 2568 มีผลถึงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2568 กระบวนการวิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมสากลอย่างเคร่งครัด ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบข้อมูลโครงการอย่างครบถ้วนและได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นไปตามหลักการเคารพในบุคคล ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับสิทธิในการ

ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การดำเนินงานวิจัยยังเป็นไปตามหลักคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เข้าร่วม และหลักความยุติธรรม ผ่านการใช้เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่ชัดเจน และเป็นธรรม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และส่วนสูงพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในลักษณะทางประชากรศาสตร์ก่อนเริ่มการทดลอง (Table 1)

Table 1: Baseline Characteristics of Experimental and Comparison groups

Variables	Experimental group (n=32)	Comparison group (n=32)	p-value
	n (%)	n (%)	
Sex			0.545*
Male	6 (18.75)	8 (25.00)	
Female	26 (81.25)	24 (75.00)	
Age (years)			0.837**
	Mean = 36.59, SD= 9.09	Mean = 36.13, SD= 9.09	
	Max = 56, Min = 23	Max = 57, Min = 23	
Marital status			1.000***
Single	12 (37.50)	13 (40.63)	
Married (living with spouse)	19 (59.38)	18 (56.25)	
Widowed/Divorced/Separated	1 (3.12)	1 (3.12)	

Table 1: (Continuous)

Variables	Experimental group (n=32)	Comparison group (n=32)	p-value
	n (%)	n (%)	
Job positions			0.532*
Registered Nurse	6 (18.75)	8 (25.00)	
Public Health Technical Officer/Public Health Officer/Thai Traditional Medicine	11 (34.38)	12 (37.50)	
Public health officers/Dental health officers	4 (12.49)	6 (18.75)	
Healthcare Support Worker	11 (34.38)	6 (18.75)	
Years of Service (years)			0.817**
	Mean = 14.84, SD= 6.25 Max = 26, Min = 5	Mean = 20.25, SD= 7.96 Max = 32, Min = 7	
Educational Level			1.000*
Below bachelor's degree	6 (18.75)	6 (18.75)	
Bachelor's Degree or Higher	26 (81.25)	26 (81.25)	
Income (bath/month)			0.473**
	Mean = 21,538.25, SD = 11,665.59 Max= 50,000, Min=8,000	Mean = 22,686.88, SD = 12,128.79 Max= 50,000, Min=4,000	
Adequacy of monthly income			0.131*
Not enough	11 (34.38)	17 (53.12)	
Enough	21 (65.62)	15 (46.88)	
Underlying medical conditions			1.000**
No	31 (96.88)	30 (93.75)	
Yes	1 (3.12)	2 (6.25)	
Hypertension			1.000*
No	31 (96.88)	30 (93.75)	
Yes	1 (3.12)	2 (6.25)	
Height			0.290**
	Mean = 36.59, SD= 9.09 Max = 56, Min = 23	Mean = 36.13, SD= 9.09 Max = 57, Min = 23	

* Chi-square Test, ** Independent Simples T-test, ***Fisher's Exact Test

2.1 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ขนาดรอบเอว และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลอง เมื่อควบคุมผล

ของคะแนนก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

($\bar{X}_{diff} = 3.04$, 95% CI: 0.84 ถึง 5.25) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X}_{diff} = 12.52$, 95% CI: 9.90 ถึง 15.13) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\bar{X}_{diff} = 11.81$, 95% CI: 7.53 ถึง 16.09) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{X}_{diff} = 12.19$, 95% CI: 8.99 ถึง 15.39) เมื่อเปรียบเทียบรอบเอวและดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

โดยควบคุมผลของรอบเอวและดัชนีมวลกายก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}_{diff} = 5.74$, 95% CI: 4.14 ถึง 7.34) และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}_{diff} = 1.02$, 95% CI: 0.39 ถึง 1.65) (Table 2)

Table 2: Comparison of Mean Health Behavior Scores, Waist Circumference, and Body Mass Index between the Experimental and Comparison Groups After the Experiment, Controlling for Pre-experimental Effects Using ANCOVA

Variables	Before	After	Difference*	Numerical criteria = 0	
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	$\bar{X}_{diff} \pm SD_{diff}$	95%CI for $\bar{X}_{diff}$	p-value*
Outcome expectancy					
Experimental (n=32)	41.13 $\pm$ 5.42	43.94 $\pm$ 5.07	3.04 $\pm$ 1.10	0.84 to 5.25	0.008
Control (n=32)	39.47 $\pm$ 4.92	40.41 $\pm$ 4.05			
Self-efficacy					
Experimental (n=32)	47.88 $\pm$ 6.97	59.53 $\pm$ 7.57	12.52 $\pm$ 1.31	9.90 to 15.13	< 0.001
Control (n=32)	47.69 $\pm$ 5.04	46.91 $\pm$ 4.45			
Eating behaviors					
Experimental (n=32)	55.91 $\pm$ 8.52	69.13 $\pm$ 10.19	11.81 $\pm$ 2.14	7.53 to 16.09	< 0.001
Control (n=32)	56.44 $\pm$ 7.36	57.63 $\pm$ 9.19			
Exercise behaviors					
Experimental (n=32)	36.03 $\pm$ 9.23	49.13 $\pm$ 7.39	12.19 $\pm$ 1.60	8.99 to 15.39	< 0.001
Control (n=32)	38.06 $\pm$ 7.22	37.75 $\pm$ 6.85			
Waist circumference					
Experimental (n=32)	94.22 $\pm$ 9.79	88.76 $\pm$ 9.32	5.74 $\pm$ 0.80	4.14 to 7.34	< 0.001
Control (n=32)	91.88 $\pm$ 11.81	92.24 $\pm$ 12.36			
Body mass index (BMI)					
Experimental (n=32)	29.30 $\pm$ 3.66	28.48 $\pm$ 4.18	1.02 $\pm$ 0.32	0.39 to 1.65	0.002
Control (n=32)	27.70 $\pm$ 4.74	27.80 $\pm$ 5.05			

*Notes: Adjusted by Pre-test scores

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ขนาดรอบเอว และดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การคาดหวัง

ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ($\bar{X}_{diff} = 2.81$, 95% CI: 1.10 ถึง 4.53) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X}_{diff} = 11.66$, 95% CI: 9.28 ถึง 14.03) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\bar{X}_{diff} = 13.22$, 95% CI: 9.97 ถึง 16.47) และ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{X}_{diff} = 13.09$, 95% CI: 9.92 ถึง 16.27)

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบขนาดรอบเอวและดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยขนาดรอบเอว

ลดลง ($\bar{X}_{diff} = 5.45$ cm., 95% CI: 3.92 ถึง 6.98) และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}_{diff} = 0.83$ กก./ม.², 95% CI: 0.27 ถึง 1.38) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยขนาดรอบเอว และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน (Table 3)

Table 3: Comparison of Mean Health Behavior Scores, Waist Circumference and Body Mass Index within the Experimental and Comparison Groups Before and After the Experiment Using a Paired t-test

Variables	Before	After	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	$\bar{X}_{diff} \pm SD_{diff}$	95%CI for $\bar{X}_{diff}$	p-value
Outcome expectancy					
Experimental (n=32)	41.13 $\pm$ 5.42	43.94 $\pm$ 5.07	2.81 $\pm$ 0.84	1.10 ถึง 4.53	0.002
Control (n=32)	39.47 $\pm$ 4.92	40.41 $\pm$ 4.05	0.94 $\pm$ 1.14	-3.26 ถึง 1.38	0.417
Self-efficacy					
Experimental (n=32)	47.88 $\pm$ 6.97	59.53 $\pm$ 7.57	11.66 $\pm$ 1.16	9.28 ถึง 14.03	< 0.001
Control (n=32)	47.69 $\pm$ 5.04	46.91 $\pm$ 4.45	0.78 $\pm$ 0.88	-1.01 ถึง 2.58	0.381
Eating behaviors					
Experimental (n=32)	55.91 $\pm$ 8.52	69.13 $\pm$ 10.19	13.22 $\pm$ 1.59	9.97 ถึง 16.47	< 0.001
Control (n=32)	56.44 $\pm$ 7.36	57.63 $\pm$ 9.19	1.19 $\pm$ 1.63	-4.51 ถึง 2.13	0.471
Exercise behaviors					
Experimental (n=32)	36.03 $\pm$ 9.23	49.13 $\pm$ 7.39	13.09 $\pm$ 1.56	9.92 ถึง 16.27	< 0.001
Control (n=32)	38.06 $\pm$ 7.22	37.75 $\pm$ 6.85	0.31 $\pm$ 1.26	-2.26 ถึง 2.88	0.806
Waist circumference					
Experimental (n=32)	94.22 $\pm$ 9.79	88.76 $\pm$ 9.32	5.45 $\pm$ 0.75	3.92 ถึง 6.98	< 0.001
Control (n=32)	91.88 $\pm$ 11.81	92.24 $\pm$ 12.36	0.37 $\pm$ 0.26	-0.90 ถึง 0.16	0.163
Body mass index (BMI)					
Experimental (n=32)	29.30 $\pm$ 3.66	28.48 $\pm$ 4.18	0.83 $\pm$ 0.27	0.27 ถึง 1.38	0.005
Control (n=32)	27.70 $\pm$ 4.74	27.80 $\pm$ 5.05	0.10 $\pm$ 0.15	-0.41 ถึง 0.21	0.518

อภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรม “LONG Time DO” ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม “LONG Time DO” มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ซึ่งความสำเร็จนี้สามารถอธิบายได้จากการที่โปรแกรมได้บูรณาการกลยุทธ์จากสองทฤษฎีหลักเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ประการแรก

ตามหลักทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญในการริเริ่มและดำรงพฤติกรรมสุขภาพไว้ โปรแกรม “LONG Time DO” ได้เสริมสร้างสิ่งนี้โดยตรงผ่านกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อสร้างแหล่งที่มาของ Self-efficacy ทั้ง 4 ด้าน

ได้แก่ การให้ผู้เข้าร่วมบันทึกความก้าวหน้าด้วยตนเอง ในกิจกรรม “บันทึกไว้เพื่อชีวิต” ซึ่งเป็นการสร้างประสบการณ์ ความสำเร็จที่จับต้องได้ การนำเสนอเรื่องราวจากบุคคล ต้นแบบในกิจกรรม “แรงบันดาลใจใฝ่ฝัน” เพื่อสร้าง การเรียนรู้จากตัวแบบ และการให้คำแนะนำเชิงบวกพร้อม ให้รางวัลจากผู้วิจัยในกิจกรรม “เข็มทิศสู่ทางฝัน” ซึ่ง เป็น การชักชวนทางสังคม กลยุทธ์เหล่านี้ส่งผลให้ผู้เข้าร่วม มีความเชื่อมั่นมากขึ้นว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ [Supruang et al. \(2021\)](#); [Palapol et al. \(2017\)](#) ที่ยืนยันว่าการส่งเสริม การรับรู้ความสามารถของตนเองนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ ที่ดีขึ้น ประการที่สอง โปรแกรมยังได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ [House \(1981\)](#) โดยตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มักเกิดขึ้นได้ง่ายและยั่งยืนกว่าเมื่อมีเครือข่ายที่คอยช่วยเหลือ ผ่านกิจกรรมกลุ่มเช่นการแข่งขันแบบคู่หูและแบบทีม รวมถึงการสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ โปรแกรมได้สร้าง บรรยากาศของการสนับสนุนทางอารมณ์ และการให้ข้อมูล ซึ่งช่วยลดอุปสรรคทางจิตใจและสร้างแรงจูงใจร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ [Wongmusik et al. \(2015\)](#) ที่ชี้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้น การบูรณาการกลยุทธ์จากทั้งสองทฤษฎีอย่าง เป็นระบบในโปรแกรม “LONG Time DO” จึงเป็นปัจจัย สำคัญที่อธิบายความสำเร็จในการปรับปรุงพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มทดลอง และเป็นการเติมเต็มช่องว่างทาง องค์ความรู้ที่ยังขาดการศึกษาในลักษณะบูรณาการเช่นนี้ ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข

2. ผลของโปรแกรม “LONG Time DO” ต่อขนาด รอบเอวและดัชนีมวลกาย ผลการวิจัยในส่วนของผลลัพธ์ ทางกายภาพ รอบเอวและดัชนีมวลกาย ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรม “LONG Time DO” มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลดรอบเอว ซึ่งเป็นเป้าหมายหลัก ของการลดภาวะอ้วนลงพุง การลดลงอย่างชัดเจนของ ขนาดรอบเอว สอดคล้องกับการศึกษาของ [Khongphianthum et al. \(2016\)](#); [Dissara and Rueangphut \(2020\)](#) ซึ่งยืนยัน ว่าโปรแกรมที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลด ขนาดรอบเอวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้

เห็นว่าการบูรณาการกลยุทธ์เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถ ของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมนั้น ส่งผลโดยตรง ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและ การออกกำลังกายที่ดีขึ้น ในขณะเดียวกัน ค่าดัชนีมวลกาย แม้จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปลี่ยนแปลง อาจไม่เด่นชัดเท่าการลดลงของขนาดรอบเอว สามารถ อภิปรายได้ว่า โปรแกรม “LONG Time DO” เน้นการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพองค์รวม ซึ่งรวมถึงการ ออกกำลังกายระดับปานกลางเพื่อสร้างความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อด้วย จึงเป็นไปได้ว่าผู้เข้าร่วมอาจมีการเพิ่มขึ้น ของมวลกล้ามเนื้อซึ่งมีน้ำหนักมากกว่าไขมันในปริมาตร ที่เท่ากัน แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิดของโปรแกรม ที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาวมากกว่า การลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วของ [Boongird \(2017\)](#); [Wutthitham et al. \(2023\)](#) ดังนั้น ผลการศึกษานี้ จึงยืนยันว่าโปรแกรม “LONG Time DO” สามารถส่งผลดี ต่อสุขภาพโดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่เพียงแต่ ลดตัวชี้วัดหลักของภาวะอ้วนลงพุง แต่ยังส่งเสริมการ เปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกายไปในทิศทางที่ดีต่อ สุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ [Annesi and McEwen \(2015\)](#); [Heris \(2017\)](#); [Srimongnam and Peanchana \(2015\)](#) ที่พบว่าโปรแกรมที่เน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสามารถนำไปสู่การปรับปรุงตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ได้อย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

1) การวิจัยนี้รูปแบบกึ่งทดลองนี้ คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจงจาก 2 พื้นที่ และไม่ได้มีการสุ่มบุคคล เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งวิธีการนี้อาจมีปัจจัย แฝงบางประการระหว่างกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ เช่น วัฒนธรรม องค์การที่แตกต่างกัน และอาจจำกัดความสามารถในการ นำผลไปอ้างอิงสู่ประชากรกลุ่มอื่นในบริบทที่แตกต่างกัน

2) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพหลักในงานวิจัยนี้ได้มา จากการรายงานโดยตนเอง (Self-report) ผ่านแบบสอบถาม ซึ่งวิธีการนี้อาจมีความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการตอบ ตามความคาดหวังของสังคม หรือความแม่นยำในการจดจำ ของผู้ตอบ ดังนั้น ข้อมูลพฤติกรรมที่วัดได้จึงอาจไม่สะท้อน ความเป็นจริงได้อย่างสมบูรณ์

สรุปผล

โปรแกรม “LONG Time DO” บูรณาการทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม มีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะอ้วนลงพุง (ชนาครอบเอวและดัชนีมวลกาย) ในบุคลากรสาธารณสุข ภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยชนาครอบเอวและดัชนีมวลกาย ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าการแทรกแซงแบบบูรณาการของโปรแกรมนี้นั้นเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปปฏิบัติ

1.1 การขยายผลในระดับองค์กร หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรนำแนวคิดของโปรแกรมนี้นี้ ซึ่งเน้นการสร้างเชื่อมั่นในตนเอง ควบคู่ไปกับการสนับสนุนทางสังคม ไปปรับใช้เป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพในองค์กร พร้อมทั้งส่งเสริมผู้ที่ทำสำเร็จให้เป็นต้นแบบสุขภาพ (Role Model) เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ใส่ใจสุขภาพอย่างยิ่ง

1.2 การพัฒนาสู่เครื่องมือดิจิทัล เนื่องจากการกำกับตนเอง เป็นหัวใจของความสำเร็จ ควรต่อยอดคู่มือ “บันทึกพิชิตพุง” ไปสู่แอปพลิเคชันบนมือถือ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บันทึกข้อมูล ติดตามความก้าวหน้า และรับข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ได้อย่างสะดวกและต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวและเชิงลึก มีการวิจัยติดตามผลในระยะยาว เช่น 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป และควรศึกษาตัวชี้วัดทางชีวภาพ เช่น ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด

เพิ่มเติม เพื่อให้เห็นผลกระทบต่อสุขภาพในระดับที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาเพื่อขยายผลโดยทดสอบประสิทธิผลในบริบทที่หลากหลาย โดยควรทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น บุคลากรสาธารณสุขในเขตเมืองหรือกลุ่มอาชีพอื่นที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำไปใช้อ้างอิง และอาจวิเคราะห์เพื่อค้นหากิจกรรมที่เป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จ

2.3 ควรทำความเข้าใจกลไกความสำเร็จด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ตรงของผู้เข้าร่วม ทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคที่พบ ซึ่งจะช่วยตอบคำถามว่า ทำไม? โปรแกรมจึงประสบความสำเร็จได้อย่างชัดเจน

References

- Annesi J. J. & Mareno N. (2015). Improvement in emotional eating associated with an enhanced body image in obese women: mediation by weight-management treatments' effects on self-efficacy to resist emotional cues to eating. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2923-2935. <https://doi.org/10.1111/jan.12766>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Best, J.W. (1981). *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Boongird, P. (2017). Impact of physical activity and diet on the development of dementia, chronic kidney disease, diabetes and cardiovascular disease in a Thai general population in Ubon Ratchathani. *Health Systems Research Institute [HSRI]*.
- Boontein P. et al. (2017). Factors related to Metabolic Syndrome among Patients at

- Out-patient Department. *Journal of Nursing Science*, 35(4), 74–86.
- Bueng Kan Provincial Public Health Office. (2024). *Report on waist circumference and body mass index screening results for public health personnel in Bueng Kan Province for the year 2024*.
- Chirawatkul, A. (2013). *Statistics for health science research* (3rd ed.). Bangkok: Wittayapat.
- Dissara W. & Rueangphut P. (2020). The effect of isotonic exercise program to health status of health Volunteers in community. *Journal of MCU Nakhondhat*, 7(6), 207-216.
- Ekaplakorn, W. (Ed.). (2021). *The 6th Thai National Health Examination Survey (NHES VI) B.E. 2019 - 2022* (1st ed.). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Health Systems Research Institute. (2018). *Handbook of guidelines for managing abdominal obesity and its complications*. [www.https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4932?locale-attribute=th](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4932?locale-attribute=th)
- Heris, M. A. (2017). A Comparison between LEARN Program and Cognitive-Behavior Intervention on Modifying Leptin Levels, Body Mass Index, Eating, Exercise and Self-Efficacy among Obese and Overweight Women. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 4(4), 11-21.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Jaiyod N. & Manoton A. (2023). Effectiveness of applying the concept of health belief model in modifying obesity reduction behavior of Sukhothai personal, Muang district, Sukhothai province. *Academic Journal of Community Public Health*, 9(1), 54-68.
- Khongphianthum O. et al. (2016). Effects of Self – Regulation Program on Hula Hoop Exercise, Dietary Control and Waist Circumference among Central Obesity Health Volunteers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(4), 77-88.
- Ministry of Public Health. (2024). *Health Data Center [HDC]*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- Mueang Bueng Kan District Public Health Office. (2024). *Preliminary health status report of public health personnel in Mueang Bueng Kan District, 2024*. [Unpublished report].
- Ninphupataweechot S. et al. (2021). The Metabolic Syndrome among Health Care Providers in Fort Hospital, Udonthani Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 29(1), 61–69.
- Palapol T. et al. (2017). The Effect of Enhancing Perceived Self-Efficacy Program on Food Consumption and Exercise Behavior in Adults at Risk for Metabolic Syndrome. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(1), 81-91.
- Srimongnam V. & Peanchana A. (2015). The Effects of a Dietary Program by Modification Self-Efficacy Theory the Implement to Stages of Change Model and Social Support Theory for Nursing Students with Overweight of Ratchathani University. *Ratchathani Journal*, 13(2), 115–123.
- Supruang J. et al. (2021). Predicting factors of health promoting behaviors among working-age adults with metabolic

syndrome. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 6(8), 387- 399

Threerapongphatthana, P. (2023). The factors predicting body mass index over the normal range of staff in buddhachinaraj phitsanulok hospital. *Department of health Service Support Journal*, 17(3), 27–36.

Wongmusik P. et al. (2015). Effects of Weight Control Program by Application of the Motivation Theory and Social Support for Body Mass Index, Waist Circumference Knowledge and Weight Control Behaviors of Staffs in fort Wiphavadrangsit Hospital.

Journal of The Royal Thai Army Nurses, 16(1), 33-40.

World Health Organization. (2023). *One billion people globally estimated to be living with obesity by 2030*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Wutthitham N. et al. (2023). Intermittent Fasting and Adequate Protein Consumption for Obesity or Overweight Prevention: A Systematic Review. *Nursing Journal CMU*, 50(4), 239-251.

Original Article

EFFECTS OF THE “KHAEW MAN KHWAN YUEN” PROGRAM TO PROMOTE DENTAL HEALTH LITERACY AND PROVIDE SOCIAL SUPPORT TO CHANGE BEHAVIORS TO PREVENT PERIODONTAL DISEASE AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

Suwatjanee Sripalatham^{1,*}, Natnapa Heebkaew Padchasuwan², Pannee Banchonhattakit³

Received: May 11, 2025

Received: November 23, 2025

Accepted: November 24, 2025

^{1,2} Health Behavior and Health Promotion Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand

³ Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani 13180, Thailand

Corresponding author; E-mail: suwatjanee.s@kkumail.com *

Citation: Sripalatham S., Patchasuwan N. H., Banchonhattakit P. (2025). Effects of the “KHAEW MAN KHWAN YUEN” Program to Promote Dental Health Literacy and Provide Social Support to Change Behaviors to Prevent Periodontal Disease Among Village Health Volunteers. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(3), e16574.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Periodontal disease is a major cause of tooth loss. Enhancing dental health literacy and social support is a key strategy for prevention, particularly through Village Health Volunteers. This quasi-experimental research evaluated the effectiveness of the “KHAEW MAN KHWAN YUEN” program on (n=64), divided into experimental (n=32) and comparison groups (n=32). The experimental group participated in the 10-week program. Data were analyzed using Paired t-test, ANCOVA, and McNemar’s Chi-Square test. Results indicated that the experimental group achieved significantly higher scores than the comparison group in all dental health literacy domains, including access to information ($\bar{x}_{diff} = 5.76$, 95% CI: 3.49 to 8.04), understanding ($\bar{x}_{diff} = 3.21$, 95% CI: 2.36 to 4.06), communication ($\bar{x}_{diff} = 18.71$, 95% CI: 16.63 to 20.79), decision making ($\bar{x}_{diff} = 4.74$, 95% CI: 2.54 to 6.94), self-management ($\bar{x}_{diff} = 3.57$, 95% CI: 1.96 to 5.18), and media literacy ($\bar{x}_{diff} = 6.22$, 95% CI: 3.93 to 8.52). Additionally, the experimental group demonstrated better prevention behaviors ($\bar{x}_{diff} = 4.41$, 95% CI: 2.02 to 6.80) and a greater reduction in periodontal issues (COR = 2.82, 95% CI: 1.38 to 6.20). Thus, the program effectively improves dental health literacy and periodontal status, serving as a guideline for empowering VHV in community oral health promotion.

Keywords: Health promotion; Oral health; Health literacy; Oral hygiene; Periodontal diseases

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรม “ແຂ້ວມັນ ຂວັຍຢືນ” ส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รับบทความ: 11 พฤษภาคม 2568

แก้ไขล่าสุด: 23 พฤศจิกายน 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 24 พฤศจิกายน 2568

สุวัจน์ ศรีพละธรรม^{1,*}, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ², พรรณี บัญชรหัตถกิจ³

^{1,2} สาขาวิชาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น 40002, ประเทศไทย

³ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี 13180, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: suwatjanees@kkumail.com*

อ้างอิง: สุวัจน์ ศรีพละธรรม, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2568). ผลของโปรแกรม “ແຂ້ວມັນ ຂວັຍຢືນ” ส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(3), e16574.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

โรคปริทันต์เป็นสาเหตุของการสูญเสียฟัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน การเพิ่มความรอบรู้ทางทันตสุขภาพควบคู่กับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันโรคปริทันต์ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม “ແຂ້ວມັນ ຂວັຍຢືນ” ส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม “ແຂ້ວມັນ ຂວັຍຢືນ” ระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test ANCOVA และ McNemar’s Chi – Square test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางทันตสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($\bar{X}_{diff} = 5.76$, 95% CI: 3.49 to 8.04) ด้านความรู้ความเข้าใจ ($\bar{X}_{diff} = 3.21$, 95% CI: 2.36 to 4.06) ด้านการสื่อสาร ($\bar{X}_{diff} = 18.71$, 95% CI: 16.63 to 20.79) ด้านการตัดสินใจ ($\bar{X}_{diff} = 4.74$, 95% CI: 2.54 to 6.94) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X}_{diff} = 3.57$, 95% CI: 1.96 to 5.18) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X}_{diff} = 6.22$, 95% CI: 3.93 to 8.52) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}_{diff} = 4.41$, 95% CI: 2.02 to 6.80) และมีค่าสัดส่วนภาวะปริทันต์ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (COR=2.82, 95% CI: 1.38-6.20) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม “ແຂ້ວມັນ ຂວັຍຢືນ” สามารถเสริมสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ พฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ และการมีสภาวะปริทันต์ที่ดีขึ้น เป็นแนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ; ทันตสุขภาพ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การดูแลสุขภาพช่องปาก; โรคปริทันต์

บทนำ

โรคปริทันต์ในช่องปากเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าประชากรกว่า 3.5 พันล้านคน ได้รับผลกระทบจากโรคฟันผุ โรคเหงือก รุนแรง การสูญเสียฟัน และมะเร็งช่องปาก (WHO, 2023) ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 5 โรครวมกันกว่าหนึ่งพันล้านคน (FDI World Dental Federation, 2023) ซึ่งโรคในช่องปากที่พบมากและเป็นปัญหามากที่สุด คือ โรคเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ โดยโรคปริทันต์เกิดจากการดูแลสุขอนามัยช่องปากที่ไม่เหมาะสม เกิดคราบจุลินทรีย์และสะสมกลายเป็นหินปูน ก่อให้เกิดการอักเสบและการถูกทำลายของเอ็นยึดปริทันต์ จนเกิดภาวะฟันโยก หากไม่ได้รับการรักษาหรือป้องกันอย่างถูกต้อง ย่อมก่อให้เกิดความรุนแรงและสูญเสียฟันไปในที่สุด (Department of Health, Bureau of Dental Health, 2021) กลุ่มวัยทำงานในช่วงผู้ใหญ่วัยกลางคน ถือเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายอย่างชัดเจน โดยเฉพาะความเปลี่ยนแปลงด้านกระดูกและมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพช่องปากในอนาคต (Kasemsuk and Ritudom, 2023) ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี มีปัญหาการสูญเสียฟันเฉลี่ย 9.1 ซี่ต่อคน มีเหงือกอักเสบร้อยละ 81.0 พบร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร ร้อยละ 23.4 และร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป ร้อยละ 9.2 ซึ่งเขตชนบทและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบปัญหาเหงือกอักเสบสูงที่สุด นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ในวัยนี้ เช่น การสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.3 การบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 43.8 และการไม่เข้ารับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาถึง ร้อยละ 63.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานยังไม่เหมาะสม แม้จะมีการแปรงฟันตอนเช้าและก่อนนอนในอัตราสูง แต่มีเพียงร้อยละ 7.9 ที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน และเพียงร้อยละ 38.4 ที่ใช้อุปกรณ์เสริมในการทำมาสะอาดช่องปาก เมื่อพิจารณาเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีการแปรงฟันก่อนนอนทุกวันแล้วเข้านอนเลย ร้อยละ 62.3 และใช้อุปกรณ์เสริมในการทำมาสะอาดช่องปากเพียงร้อยละ 66.8 สะท้อนถึงการรับรู้และพฤติกรรมทางทันตสุขภาพที่ยังไม่ถูกต้องเพียงพอ

จากรายงานสำรวจสภาวะช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ประจำปี พ.ศ. 2566 พบว่า ร้อยละ 56.0 มีปัญหาโรคเหงือกและโรคปริทันต์ มีการแปรงฟันและใช้อุปกรณ์เสริมที่ไม่ถูกวิธี รวมถึงมีความพึงพอใจต่อสุขภาพช่องปากต่ำ สะท้อนให้เห็นว่า อสม. มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปริทันต์ในระดับต่ำและมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ (Dental Department, Huai Mek Hospital, 2023)

ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นหนึ่งในแผนปฏิรูปด้านสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ (Public Health Education Division, 2018) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ (House, 1981) การศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Heepkaew and Padchasuwan, 2022) แสดงให้เห็นว่า แนวคิดความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นประเด็นการพัฒนาบุคคลต้นแบบด้านทันตสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ และเป็นช่วงวัยที่เริ่มความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ สังคม และจิตใจ ตลอดจน

พบปัญหาโรคเหงือกอักเสบมากที่สุด (Department of Health, Bureau of Dental Health, 2024) ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลหรือรักษาอย่างเหมาะสม จะสามารถก่อความรุนแรงและเกิดการสูญเสียฟันในอนาคตได้

จากปัญหาและความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรม “แหว่มั่นขวัญยืน” เพื่อส่งเสริมการมีทันตสุขภาพที่ดี ทั้งสภาวะเหงือกและฟันที่แข็งแรง เพื่อไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียฟัน ซึ่งตรงกับคำอีสานที่ว่า “แหว่มั่น” และช่องปากคือประตูสู่สุขภาพ หากเรามีสุขภาพช่องปากที่ดี ล้วนส่งผลต่อสภาวะโภชนาการและร่างกาย ปราศจากการเกิดโรคในช่องปาก และผลกระทบจากการติดเชื้อที่อาจส่งผลอันตรายแก่ชีวิตได้ ซึ่งตรงกับคำอีสานที่ว่า “ขวัญยืน” ที่แปลว่า อายุยืน เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมุ่งหวังให้อสม. มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ที่ดีขึ้น สามารถพัฒนาศักยภาพของตนในการจัดการปัญหาทันตสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และเป็นต้นแบบด้านทันตสุขภาพที่สามารถแนะนำประชาชนในชุมชนให้ดูแลทันตสุขภาพได้อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพของครอบครัวที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง และภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนสภาวะปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง และภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre - test post - test design) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2568 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. ประเภทที่ 1 ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 และปฏิบัติงานในเขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 853 คน (Primary Care Unit, Huai Mek Hospital, 2024)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 32 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากจากประชากรในพื้นที่ 8 ตำบล ในอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ สุ่มได้พื้นที่ตำบลคำใหญ่เป็นกลุ่มทดลอง และพื้นที่ตำบลคำเหมือดแก้วเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก พบว่า อสม. ในตำบลคำใหญ่ มีจำนวนทั้งสิ้น 139 คน เหลือผู้มีความคุณสมบัติเหมาะสม 82 คน ส่วน อสม. ในตำบลคำเหมือดแก้ว มีจำนวน 141 คน เหลือผู้มีความคุณสมบัติเหมาะสม 74 คน จากนั้นได้ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละตำบล ๆ ละ 32 คน รวมทั้งสิ้น 64 คน โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

1.2.1 เกณฑ์การคัดเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นอสม. ที่มีอายุระหว่าง 35 – 55 ปี 2) เป็น อสม. ไม่ต่ำกว่า 1 ปี 3) เป็นบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ เข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน 4) มีโทรศัพท์ Smart Phone ใช้งานแอปพลิเคชัน LINE ได้ 5) ไม่มีโรคประจำตัวที่มีอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ โรคเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาล FBS 200 mg/dL ขึ้นไป โรคตับ โรคไวรัสตับอักเสบ โรคเกี่ยวกับเลือดและภูมิคุ้มกัน ได้แก่ โรคเกล็ดเลือดต่ำที่มีค่าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 เกล็ด/ไมโครลิตร HIV 6) ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ 7) ไม่รับประทานยาบางชนิด ได้แก่ ยาในกลุ่ม calcium channel blocker ยาแก้นชัก 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

1.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เป็นบุคคลที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ (มีสภาวะปริทันต์ค่า PSR สภาวะปริทันต์ตั้งแต่ 3 - 4 ขึ้นไป)

1.3 การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

1.3.1 คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Chirawatkul, 2010) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 90 จากสูตรกำหนดให้ ดังนี้

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

เมื่อกำหนดให้

Z_α คือ กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

Z_β คือ กำหนดอำนาจในการทดสอบ 90% Power of test = 0.90 ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$

Δ^2 คือ ความต่างของผล (Effect size) คำนวณจาก $(\mu_1 - \mu_2)^2$ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษา ซึ่งคำนวณค่าความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Effect size) $(\mu_1 - \mu_2)$ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ $\Delta^2 = (\mu_1 - \mu_2)^2 = (18.61 - 13.97)^2$ เท่ากับ 4.64

σ^2 คือ ความแปรปรวนที่นำมาใช้ คือค่าแปรปรวนร่วม (Pool variance) คำนวณได้ดังนี้

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned}\sigma^2 &= \frac{(33 - 1)4.96^2 + (33 - 1)6.03^2}{(33 + 33) - 2} \\ &= 30.48\end{aligned}$$

เมื่อกำหนดให้

n^1 คือ ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง (33 คน)

n^2 คือ ขนาดตัวอย่างกลุ่มเปรียบเทียบ (33 คน)

sd_1^2 คือ ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มทดลอง (4.96)

sd_2^2 คือ ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ (6.03)

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned}n/\text{กลุ่ม} &= \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2} \\ &= \frac{2 \times 30.48(1.64 + 1.28)^2}{4.64^2} \\ &= 24.14 \approx 25 \text{ คน}\end{aligned}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษากลุ่มละ 25 คน ซึ่งการศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีการสูญหายจากการติดตามกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) จึงมีการปรับขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10 ตามสูตรที่คำนวณ (Chirawatkul, 2010) ดังนี้

$$n_{\text{adj}} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R คือ สัดส่วนที่สูญหายจากการติดตาม ร้อยละ 10 = 0.1

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned}n_{\text{adj}} &= \frac{25}{(1 - 0.1)^2} \\ &= 30.86 \approx 31 \text{ คน}\end{aligned}$$

ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมจับคู่บัดดี้ จึงมีการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจึงปรับขนาดตามความเหมาะสมเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 64 คน

1.3.2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่ศึกษาในอำเภอ ห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Without Replacement) ในการสุ่มครั้งที่ 1 ได้ตำบลคำใหญ่เป็นพื้นที่กลุ่มทดลอง และในการสุ่มครั้งที่ 2 ได้ตำบลคำเหมือดแก้วเป็นพื้นที่กลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นได้คัดเลือก อสม. ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนดไว้ และดำเนินการ

สู่อย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจากแต่ละตำบล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 32 คน รวมทั้งหมด 64 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม “แฉ่มั่น ขวัญยืน” ส่งเสริมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคปริทันต์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Public Health Education Division, 2018) มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ โดยอาสาสมัคร

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมทุกคน มีระยะดำเนินการ 10 สัปดาห์ ซึ่งในกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมพบปะ อาสาสมัคร ชาติได้ไม่เกิน 2 ครั้ง และทุกครั้งมีการทบทวนกิจกรรม ก่อนหน้าเสมอ พร้อมมีการติดตาม เสริมกำลังใจทาง Group LINE และให้คำปรึกษาและความรู้ทันตสุขภาพเพิ่มเติมผ่านทาง LINE official แบบรายบุคคล มีรูปแบบ ดังนี้

องค์ประกอบ	กิจกรรม	กลวิธี	สื่อและอุปกรณ์	ระยะเวลา
1. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคปริทันต์	กิจกรรม “เรียน รู้ทัน ฟันดี”	การบรรยายให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเหงือกและฟัน และแนะนำแนวทางการหาความรู้ สืบค้นข้อมูลด้วย Smart phone เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก	- สไลด์นำเสนอ - Social Media เช่น Website - โทรศัพท์ smart phone	2 ชั่วโมง
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคปริทันต์	กิจกรรม “จับคู่ ดูฟัน”	การฝึกปฏิบัติการตรวจและวิเคราะห์ สุขภาพช่องปากตัวเอง โดยการจับคู่ เพื่อนบัดดี้ พร้อมบรรยายให้ความรู้ เรื่องโรคเหงือกและปริทันต์ โรคที่มีความสัมพันธ์กับช่องปาก และอาหารที่ดีกับสุขภาพช่องปาก	- สไลด์นำเสนอ - โมเดลฟัน - ฐานปูนฟันปลอมที่ไม่ใช้แล้ว - กระจกส่องฟันชนิดมีไฟ - กระจก	2 ชั่วโมง
3. ทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคปริทันต์	กิจกรรม “เม้าท์มันส์ ฟันเหงือก”	การบรรยายทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและปริทันต์ และกิจกรรม ASK ME3 โดยใช้ Teach-back Technique พูดคุย บอกเล่าประสบการณ์เคสกรณีศึกษา เพื่อเรียนรู้ตนเองและเพื่อนบัดดี้	- สไลด์นำเสนอ - วิดีโอ YouTube - กระดาษปฐพี/ปากกาเคมี - ไฟฉาย	1 ชั่วโมง 30 นาที
4. ทักษะความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคปริทันต์	กิจกรรม “แปรงปัด ขัดฟัน”	การบรรยายให้ความรู้เรื่องวิธีการดูแล สุขภาพช่องปาก สาธิตและฝึกปฏิบัติ วิธีการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน ที่ถูกวิธี และฝึกปฏิบัติวิธีการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก	- สไลด์นำเสนอ - วิดีโอ YouTube - โมเดลฟัน - แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ และไหมขัดฟัน - กระจก	1 ชั่วโมง 30 นาที
5. ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคปริทันต์	กิจกรรม “สองหมอ ฟ.ฟัน”	กระตุ้น เสริมกำลังใจและติดตาม ใน LINE application	- โทรศัพท์ Smart phone	

องค์ประกอบ	กิจกรรม	กลวิธี	สื่อและอุปกรณ์	ระยะเวลา
		ติดตามการเข้ารับบริการทันตกรรมตามความสมัครใจและการตัดสินใจเฉพาะบุคคล เช่น การขูดหินปูน		
6. ทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์	กิจกรรม “ແຂ່ວມັນ ຂ້ວຍຢືນ”	การพูดคุย-บอกเล่า เคสกรณีศึกษา ที่พัฒนาตัวเองได้ระดับที่ดีขึ้น การมอบเกียรติบัตรและความยินดี ให้แก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม และมอบรางวัลให้แก่บุคคลที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพจนมีระดับสภาวะปริทันต์ที่ดีขึ้น	-โทรศัพท์ smart Phone -ของรางวัล	2 ชั่วโมง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทันตสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงบวกเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) 2 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ทางทันตสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล 8 ข้อ ด้านการสื่อสาร 10 ข้อ ด้านทักษะการตัดสินใจ 8 ข้อ ด้านการจัดการตนเอง 5 ข้อ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ 9 ข้อ และส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	เชิงบวก	เชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

2.3 แบบประเมินสภาวะปริทันต์ ซึ่ง [Bureau of Dental Health, Department of Health \(2022\)](#) ได้กำหนดใช้เกณฑ์ค่า PSR (Periodontal screening and

recording) ตรวจสอบโดยใช้ WHO probe ในลักษณะคัดกรอง (screening) ที่กำหนดขึ้นโดย American Academy of Periodontology and American Dental Association 1992

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามที่ได้รับคำแนะนำ ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item - Objective congruence: IOC) พบว่า ค่า IOC ของข้อคำถามแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสม ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ทดลองในขั้นต่อไป

3.2 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลกุดโดน อำเภอยายเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคปริทันต์ เท่ากับ 0.77 2) ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับโรคปริทันต์ เท่ากับ 0.90 3) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคปริทันต์ เท่ากับ 0.76 4) ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคปริทันต์ เท่ากับ 0.71

- 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคปริทันต์ เท่ากับ 0.71
 6) ด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ เท่ากับ 0.71
 และ 7) ด้านความรู้ความเข้าใจ โดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) KR 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.77

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 15 มกราคม ถึง 11 เมษายน 2568 โดยแบ่งขั้นตอนเป็น 3 ระยะ ดังนี้

4.1 ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดำเนินการส่งหนังสือราชการไปยังสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก เพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ 3 ตำบลที่ใช้ศึกษา และผู้วิจัยดำเนินการออกหนังสือบันทึกข้อความขออนุมัติใช้ข้อมูลในฐาน HOSXP โรงพยาบาลห้วยเม็ก และแบบฟอร์มคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นยินยอมก่อนเข้ารับบริการทันตกรรม กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยเม็ก เพื่อดำเนินการทำการศึกษาอิสระ และทำการประชาสัมพันธ์ แก่ อสม.ในพื้นที่ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ดำเนินการ เครื่องมือ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยอาสาสมัครที่มีความสนใจได้แสดงความยินยอมโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมอย่างสมัครใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรูปแบบกิจกรรมแก่ทั้ง 2 กลุ่มและเก็บข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถาม และการตรวจประเมินคัดกรองสภาวะปริทันต์

4.2 ระยะดำเนินการทดลอง ทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรม “แอมัน ขวัญยืน” ดำเนินการตามแบบแผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 “เรียน รู้ทัน ฟันดี” บรรยายให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเหงือกและฟัน แนะนำแนวทางการใช้สือสืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 “จับคู่ ดูฟัน” บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเหงือกและปริทันต์ โรคที่มีความสัมพันธ์กับช่องปาก และอาหารที่ดีกับสุขภาพช่องปาก พร้อมฝึกปฏิบัติการตรวจสุขภาพช่องปาก จับคู่บัดดี้

สัปดาห์ที่ 3 “เฝ้าทันตส์ ฟันเหวี่ยง” ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบและปริทันต์ แลกเปลี่ยนพูดคุยผ่านคำถาม ASK ME3 โดยใช้ Teach-back Technique บอกเล่าประสบการณ์เคสกรณีศึกษา

สัปดาห์ที่ 4 “แปรงปิด ชัดฟัน” บรรยายให้ความรู้เรื่องวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก สาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อง พร้อมฝึกปฏิบัติวิธีการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก

สัปดาห์ที่ 5 – 9 “สองหมอ ฟ.ฟัน” กระตุ้นเสริมกำลังใจและติดตามการเข้ารับบริการทางทันตกรรม พร้อมให้ความรู้ทันตสุขภาพเพิ่มเติมผ่านทาง LINE application

สัปดาห์ที่ 10 “แอมัน ขวัญยืน” พูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อบอกเล่าประสบการณ์การดูแลสุขภาพของตน และเคสกรณีศึกษาที่พัฒนาตัวเองได้ระดับที่ดีขึ้น มอบของรางวัลและเกียรติบัตร

ในกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินชีวิตตามปกติและได้รับการให้ทันตสุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขตามปกติ หลังจากสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการป้องกันโรคปริทันต์ของที่ระลึกและเกียรติบัตรการเข้าร่วมจากผู้วิจัย

4.3 ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม และการตรวจประเมินคัดกรองสภาวะปริทันต์ในทั้ง 2 กลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการแลกเปลี่ยน เรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมเปิดโอกาสซักถามและตอบประเด็นสงสัยเพิ่มเติม จากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำเร็จรูป STATA version18 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ 301809334109 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา บรรยายอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และใช้สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน

ความรู้ด้านทัศนสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง เมื่อทดสอบพิจารณาลักษณะการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Analysis of Covariance (ANCOVA) ซึ่งควบคุมผลกระทบของคะแนนก่อนการทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทัศนสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าสัดส่วนภาวะปริทันต์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองด้วยสถิติ McNemar's Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ “การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี Good Clinical Practice (ICH-GCP)” เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 และผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ “ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ Social Science and Behavioral Science Research” เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2567 จัดโดยศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ณ วันที่ 12 ธันวาคม 2567 โดยมีเลขที่จริยธรรม HE672215 ซึ่งอาสาสมัครทุกคนได้รับทราบข้อมูลโครงการและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 64 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.06 มีอายุเฉลี่ย 47.61 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 73.44 กลุ่มทดลองครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 50.00 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 40.62 ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพเกษตรกร/เลี้ยงสัตว์ ประมาณครึ่งหนึ่งร้อยละ 51.56 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7379.68 บาท กลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาการเป็นอสม. 10 -20 ปี ร้อยละ 53.13 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาการเป็นอสม. น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 65.62 มีค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มที่ 10.80 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.00) และเกือบทั้งหมดเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 93.75) (Table 1)

Table 1: Baseline Characteristics of the Participants

Variables	Experimental group (n=35) n (%)		Control group (n=35) n (%)		Statistical test	p-value
Sex					$\chi^2 = 0.16$	0.689*
Male	3	9.38	4	12.50		
Female	29	90.62	28	87.50		
Age (years)					t = 1.67	0.099**
	Mean = 48.88, SD = 6.71		Mean = 46.34, SD = 5.33			
	Max = 55, Min = 35		Max = 55, Min = 35			

Table 1: (Continuous)

Variables	Experimental group (n=35) n (%)		Control group (n=35) n (%)		Statistical test	p-value
Marital Status						0.377***
Single	5	15.62	4	12.50		
Married / Partnered	25	78.13	22	68.76		
Divorced / Separated	0	0.00	3	9.37		
Widowed	2	6.25	3	9.37		
Educational Level						0.385***
Primary	9	28.13	13	40.62		
Lower secondary	5	15.62	2	6.25		
Upper secondary	16	50.00	12	37.50		
associate degree	0	00.00	2	6.25		
Bachelor's degree	2	6.25	2	6.25		
No Formal	0	0.00	1	3.13		
Occupation						0.863***
Farmer/Livestock Raiser	16	50.00	17	53.13		
Merchant/Self-employed	8	25.00	6	18.75		
General Worker	6	18.75	6	18.75		
Unemployed	0	0.00	1	3.12		
Others	2	6.25	2	6.25		
Monthly Income (Baht)					t = 0.77	0.443**
	Mean = 7862.50, SD = 5084.94 Max = 25000, Min = 2000		Mean = 6896.86, SD = 4989.83 Max = 20000, Min = 2000			
Duration as a Village Health Volunteer					$\chi^2 = 6.72$	0.323*
< 10 years	9	28.12	21	65.62		
10 – 20 years	17	53.13	8	25.00		
> 20 years	6	18.75	3	9.38		
Underlying Disease Status					$\chi^2 = 0.33$	0.564*
No Having	9	28.12	7	21.88		
Having	23	71.88	25	78.12		
Diabetes Disease						0.151***
No Having	32	100.00	30	93.75		
Having	0	0.00	2	6.25		

Table 1: (Continuous)

Variables	Experimental group (n=35) n (%)		Control group (n=35) n (%)		Statistical test	p-value
Hypertension Disease						0.391***
No Having	30	93.75	28	87.50		
Having	2	6.25	4	12.50		
Heart Disease						0.313***
No Having	31	96.88	32	100		
Having	1	3.12	0	0.00		
Thyroid Disease					$\chi^2 = 1.44$	0.230*
No Having	27	84.38	30	93.75		
Having	5	15.62	2	6.25		
Other Underlying Diseases						0.554***
No Having	30	93.75	31	96.88		
Having	2	6.25	1	3.12		
Smoking History						0.497***
Never Smoked	31	96.88	29	90.63		
Former Smoker (Quit >1 Year)	1	3.12	2	6.25		
Current Smoker (1–5 Cigarettes/Day)	0	0.00	1	3.12		

Note: * Chi-square test, ** Independent Sample t-test, ***Fisher's Exact test

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคปริทันต์ (Information access skill) ($\bar{X}_{\text{diff}} = 5.76$, 95% CI: 3.49 to 8.04) ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคปริทันต์ (Comprehension skill) ($\bar{X}_{\text{diff}} = 3.21$, 95% CI: 2.36 to 4.06) ด้านการสื่อสารในการป้องกันโรคปริทันต์

(Communication skill) ($\bar{X}_{\text{diff}} = 18.71$, 95% CI: 16.63 to 20.79) ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคปริทันต์ (Decision-making skill) ($\bar{X}_{\text{diff}} = 4.74$, 95% CI: 2.54 to 6.94) ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์ (Self-management skill) ($\bar{X}_{\text{diff}} = 3.57$, 95% CI: 1.96 to 5.18) และด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคปริทันต์ (Media literacy skill) ($\bar{X}_{\text{diff}} = 6.22$, 95% CI: 3.93 to 8.52) ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ (Oral health behavior) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 4.41$, 95% CI: 2.02 to 6.80, $p\text{-value} = 0.002$) (Table 2)

Table 2: Comparison of mean oral health literacy scores and oral health behavior scores between the experimental and comparison groups before and after the experiment, using ANCOVA (n=64)

Oral Health Literacy	Experimental (n=32)	Control (n=32)	Mean change Difference			
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean	95%CI	Cohen's d	p-value
Information access skill			5.76	3.49 to 8.04	4.41	< 0.001
Before	19.66 $\pm$ 2.29	27.37 $\pm$ 5.27				
After	33.37 $\pm$ 2.95	29.43 $\pm$ 3.76				
Comprehension skill			3.21	2.36 to 4.06	2.10	< 0.001
Before	8.66 $\pm$ 2.74	10.09 $\pm$ 1.38				
After	10.41 $\pm$ 1.07	7.47 $\pm$ 2.08				
Communication skill			18.71	16.63 to 20.79	4.28	< 0.001
Before	24.81 $\pm$ 4.77	23.88 $\pm$ 3.28				
After	41.81 $\pm$ 3.72	22.88 $\pm$ 4.65				
Decision-making skill			4.74	2.54 to 6.94	1.26	< 0.001
Before	27.13 $\pm$ 3.78	26.75 $\pm$ 3.92				
After	34.69 $\pm$ 2.95	29.94 $\pm$ 5.42				
Self-management skill			3.57	1.96 to 5.18	0.56	< 0.001
Before	15.84 $\pm$ 3.18	13.47 $\pm$ 3.89				
After	20.53 $\pm$ 2.00	16.44 $\pm$ 3.94				
Media literacy skill			6.22	3.93 to 8.52	1.09	< 0.001
Before	29.75 $\pm$ 3.44	27.03 $\pm$ 4.41				
After	35.13 $\pm$ 4.09	28.28 $\pm$ 4.69				
Oral health behavior			4.41	2.02 to 6.80	0.81	0.002
Before	33.19 $\pm$ 4.68	32.00 $\pm$ 4.49				
After	37.81 $\pm$ 3.08	33.50 $\pm$ 5.91				

Notes: Adjusted by pre-test scores

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางทันตสุขภาพทั้ง 6 ด้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคปริทันต์ ($\bar{X}_{diff} = 13.72$, 95% CI: 12.79 to 14.65) ด้านความรู้ด้านความรู้

ความเข้าใจในการป้องกันโรคปริทันต์ ($\bar{X}_{diff} = 1.75$, 95% CI: 0.80 to 2.70) ด้านการสื่อสารในการป้องกันโรคปริทันต์ ($\bar{X}_{diff} = 17.00$, 95% CI: 15.12 to 18.88) ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคปริทันต์ ($\bar{X}_{diff} = 7.56$, 95% CI: 5.83 to 9.30) ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์ ($\bar{X}_{diff} = 4.69$, 95% CI: 3.44 to 5.94) ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคปริทันต์ ($\bar{X}_{diff} = 5.38$, 95% CI: 3.93 to 6.81)

และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 4.63$, 95% CI: 2.58 to 6.66) (Table 3)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางทันตสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคปริทันต์ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 3.19$, 95% CI: 0.81 to 5.57; p-value = 0.010) ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์ ($\bar{X}_{\text{diff}} = 2.97$, 95% CI: 1.29

to 4.65; p-value = 0.001) และ ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคปริทันต์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}_{\text{diff}} = -2.62$, 95% CI: -3.37 to -1.87, p-value < 0.001) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันโรคปริทันต์ ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคปริทันต์ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน (Table 3)

Table 3: Comparison of mean oral health literacy scores and oral health behaviors scores within the experimental and comparison groups before and after the experiment, using Paired t-test (n=64)

Oral Health Literacy	Before	After	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	$\bar{\mathbf{x}}_{\text{diff}} \pm \text{SD}_{\text{diff}}$	95%CI for $\bar{\mathbf{x}}_{\text{diff}}$	p-value
Information access skill					
Experimental (n=32)	19.66 $\pm$ 2.29	33.38 $\pm$ 2.96	13.72 $\pm$ 0.67	12.79 to 14.65	< 0.001
Control (n=32)	27.38 $\pm$ 5.27	29.44 $\pm$ 3.77	2.06 $\pm$ 1.5	0.03 to 4.15	0.053
Comprehension skill					
Experimental (n=32)	8.66 $\pm$ 2.74	10.41 $\pm$ 1.07	1.75 $\pm$ 1.67	0.80 to 2.70	< 0.001
Control (n=32)	10.09 $\pm$ 1.38	7.47 $\pm$ 2.08	-2.62 $\pm$ 0.7	-3.37 to -1.87	< 0.001
Communication skill					
Experimental (n=32)	24.81 $\pm$ 4.77	41.81 $\pm$ 3.72	17.00 $\pm$ 1.05	15.12 to 18.88	< 0.001
Control (n=32)	23.88 $\pm$ 3.28	22.88 $\pm$ 4.65	1.00 $\pm$ 1.37	0.83 to 2.83	0.275
Decision-making skill					
Experimental (n=32)	27.13 $\pm$ 3.78	34.69 $\pm$ 2.95	7.56 $\pm$ 0.83	5.83 to 9.30	< 0.001
Control (n=32)	26.75 $\pm$ 3.92	29.94 $\pm$ 5.42	3.19 $\pm$ 1.5	0.81 to 5.57	0.010
Self-management skill					
Experimental (n=32)	15.84 $\pm$ 3.18	20.53 $\pm$ 2.00	4.69 $\pm$ 1.18	3.44 to 5.94	< 0.001
Control (n=32)	13.47 $\pm$ 3.89	16.44 $\pm$ 3.94	2.97 $\pm$ 0.05	1.29 to 4.65	0.001
Media literacy skill					
Experimental (n=32)	29.75 $\pm$ 3.44	35.13 $\pm$ 4.09	5.38 $\pm$ 0.65	3.93 to 6.81	< 0.001
Control (n=32)	27.03 $\pm$ 4.41	28.28 $\pm$ 4.69	1.25 $\pm$ 0.28	1.02 to 3.52	0.270
Oral health behavior					
Experimental (n=32)	33.19 $\pm$ 4.68	37.81 $\pm$ 3.08	4.63 $\pm$ 1.6	2.58 to 6.66	< 0.001
Control (n=32)	32.00 $\pm$ 4.49	33.50 $\pm$ 5.91	1.50 $\pm$ 1.42	1.33 to 4.33	0.288

3. ผลการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนภาวะปริทันต์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการวิเคราะห์ด้วย McNemar's Chi-square test พบว่า สัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะปริทันต์อักเสบลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลอง ($\chi^2 = 9.09$, $p = 0.003$) ขณะที่

กลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีโอกาสที่เกิดโรคปริทันต์ลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ประมาณ 2.82 เท่า หรือร้อยละ 65.6 (Crude Odds Ratio = 2.82, $p = 0.002$) (Table 4)

Table 4: Comparison of proportions of periodontal conditions between the experimental and comparison groups after the experiment using a McNemar's Chi-square test (n=64)

Group	Number of Cases Gingivitis n (%)		McNemar's χ^2 (df=1)	p-value	Crude OR (95%CI)	p-value
	Before	After				
Control (n=32)	32 (100.0)	31 (96.9)	0.00	1.000	Reference	-
Experimental (n=32)	32 (100.0)	21 (65.6)	9.09	0.003	2.82 (1.38 to 6.21)	0.002

Note: No baseline independent variables showed significant differences between groups ($p < 0.05$). Therefore, no potential confounding variables were included for adjustment, and only the Crude Odds Ratio (COR) was presented.

อภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมต่อความรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม “ແຂ້ວມັນ ຂວັຍຢືນ” มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพในการป้องกันโรคปริทันต์ ทั้ง 6 ด้าน และพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ ที่เกิดจากกิจกรรมจากการบูรณาการแนวคิดว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน สอดคล้องกับแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ที่กล่าวว่า การเข้าถึงข้อมูล (Access to information) เป็นองค์ประกอบแรกและมีความสำคัญที่สุดของความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และมีการออกแบบกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และฝึกทักษะเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง จากกิจกรรม “ຈັບຄູ່ ດູ່ພິນ” และ “ແປງປັດ ຂັດພິນ” สอนทักษะเข้าถึง

ข้อมูลและฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เรียนรู้ลึกซึ้งและนำไปใช้ได้ ตามแนวคิดของ Kolb (1984) จะส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความมั่นใจ กิจกรรม “ແປງປັດ ຂັດພິນ” ที่เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ จากการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติซ้ำ ช่วยเสริมความเข้าใจและจดจำยั่งยืน กิจกรรม “ແຂ້ວມັນ ຂວັຍຢືນ” ใช้เทคนิค ASK ME3 และ Teach-back เสริมทักษะการสื่อสาร กิจกรรม “ສອງໝອ ຟ.ພິນ” ฝึกคิดวิเคราะห์ วางแผน และติดตามพฤติกรรมตนเอง กิจกรรม “ແຂ້ວມັນ ຂວັຍຢືນ” และ “ສອງໝອ ຟ.ພິນ” ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และวางแผนการดูแลช่องปาก กิจกรรม “ເຮົາຮູ້ພັນ ພິນດີ” ฝึกวิเคราะห์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อ และการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ และมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่ผู้วิจัยคอยติดตาม กระตุ้นผ่านช่องทาง LINE application จนทำให้บุคคลเกิดการเพิ่มพูนทักษะและสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเอง ตลอดจนเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนตามทฤษฎีการเลือกอย่างมีเหตุผล (Rational Choice Theory)

ของ Becker (1976) และแนวคิดของ Lorig and Holman (2003) ที่พัฒนาแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) ซึ่งระบุว่าการส่งเสริมให้บุคคลสามารถวางแผน ติดตาม และควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงโรคในช่องปาก เช่น โรคปริทันต์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kesavan et al. (2019) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก และงานวิจัยของ Heepkaew and Padchasuwan (2022) ที่ประยุกต์นำความรู้ด้านทันตสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรม “แวมัน ขวัญยืน” มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางทันตสุขภาพด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคปริทันต์ และด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น อาจเกิดจากปัจจัยทางอ้อมทางทฤษฎี ได้แก่ อาสาสมัครอาจมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นเมื่อทราบว่าตนเองกำลังถูกสังเกตหรือมีส่วนร่วมในการศึกษาตามปรากฏการณ์ฮอว์ธอร์น (Hawthorne Effect) การศึกษาของ McCamey et al. (2007) และอาจเกิดจากผลของการทำแบบสอบถามก่อนการทดลองที่กระตุ้นให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดการตระหนักรู้และเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความรู้ทัศนคติในตัดสินใจหรือการจัดการตนเองตามมา ตามการศึกษาของ Campbell and Stanley (1963) หรืออาจรวมถึงการได้รับข้อมูลสุขภาพจากแหล่งอื่น เช่น ทันตบุคลากรในพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางทันตสุขภาพของกลุ่มเปรียบเทียบบางด้านเพิ่มขึ้นหรือแปรปรวนได้แม้ไม่ได้รับโปรแกรมโดยตรง

2. ผลของโปรแกรมต่อสภาวะปริทันต์ พบว่า ภายหลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มทดลองมีสภาวะปริทันต์ในระดับที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีสภาวะปริทันต์ในระดับที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ผลของการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในสภาวะปริทันต์สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรม “แวมัน ขวัญยืน” นอกจากจะช่วยพัฒนาความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคปริทันต์แล้ว ยังส่งผลโดยตรงต่อการมีสภาวะปริทันต์ที่ดีขึ้นซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญอันเป็นผลมาจากการมีความรอบรู้ทางทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจนส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Baskaradoss (2018) พบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพสูงจะมีสภาวะปริทันต์ที่ดีกว่า และ Rathee and Jain (2025) ได้ระบุว่า การที่ระดับสภาวะปริทันต์จะค่อย ๆ พัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นนั้น โดยทั่วไปรอยโรคอาการทางคลินิกของเหงือกอักเสบที่มีอาการเลือดออกหรือเหงือกบวมแดงรอยโรคอาจคงอยู่ได้หลายเดือนหรือหลายปี แต่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติหากมีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพและติดตามในระยะยาว เช่น การแปรงฟันที่ถูกต้อง การเข้ารับการรักษาฟันน้ำลาย หรือ ศัลยกรรมทันตอย่างอื่นร่วมด้วย แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมทันตสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผ่านโปรแกรมทันตสุขภาพช่วยลดคราบจุลินทรีย์และช่วยให้มีสภาวะปริทันต์ในระดับที่ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดในงานวิจัยครั้งนี้

1) การศึกษานี้ใช้การสุ่มแบบกลุ่มและการคัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติจากการคัดเลือก (Selection bias) และจำกัดความสามารถในการอธิบายเหตุเป็นผลของผลลัพธ์ นอกจากนี้ ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อยอาจทำให้พลังทางสถิติลดลง และอาจไม่สามารถตรวจจับความแตกต่างที่มีขนาดเล็กได้อย่างเพียงพอ

2) ระยะเวลาการทดลองและติดตามหลังการได้รับโปรแกรม 10 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและสภาวะปริทันต์ในระยะยาว เช่น ความคงอยู่ของพฤติกรรมทันตสุขภาพ และการกลับเป็นซ้ำของภาวะเหงือกอักเสบหรือปริทันต์อักเสบ จึงควรมีการติดตาม

ในช่วง 3–6 เดือน หรืออย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์อย่างเหมาะสม

สรุปผล

ผลการดำเนินโปรแกรม “แหม่มน ขวัญยืน” ที่ส่งเสริมความรู้ทางทันตสุขภาพทั้ง 6 ด้านร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผ่านการบรรยาย สาธิต และเน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ พร้อมกระตุ้นเสริมกำลังใจ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ทางทันตสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นตลอดจนส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคปริทันต์และมีสภาวะปริทันต์ที่ดีมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ทางทันตสุขภาพ ไม่เพียงเพิ่มความรู้ แต่ส่งผลต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1.1 ควรเน้นย้ำจุดเด่นขององค์ประกอบความรู้ด้านทันตสุขภาพที่ได้ผลลัพธ์สูงสุด คือ ด้านการสื่อสารในการป้องกันโรคปริทันต์ จากเทคนิคการสื่อสารที่ได้รับการพัฒนาและนำมาใช้ในโปรแกรม ได้แก่ เทคนิค “ASK ME 3” และเทคนิค “Teach-Back” ในกิจกรรม “เฝ้าที่มันส์ ฟันเหงือก” ที่ทำให้มีค่าคะแนนความรู้ด้านทันตสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งหากมีการนำทฤษฎีหรือหลักแนวคิดอื่นมาเสริมสร้างในแต่ละกิจกรรม ก็อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในด้านต่างๆเพิ่มมากขึ้น

1.2 การนำโปรแกรมไปใช้ในงานด้านทันตสาธารณสุข โดยการส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านกิจกรรมการให้ความรู้สาธิต ฝึกปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคปริทันต์ที่ถูกต้อง และส่งผลให้มีสภาวะปริทันต์ที่ดีขึ้น ตลอดจนมีผลต่อการหายของโรคเหงือกอักเสบได้

2. ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยครั้งถัดไป

2.1 ควรดำเนินการเปรียบเทียบรูปแบบการจัดกิจกรรมในโปรแกรม “แหม่มน ขวัญยืน” กับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพอื่น เช่น การใช้สื่อดิจิทัล การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล หรือการเรียนรู้ผ่านกลุ่มออนไลน์ เพื่อ

วิเคราะห์ถึงแนวทางที่ให้ผลลัพธ์สูงสุดและเหมาะสมในบริบทของชุมชน

2.2 ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อเข้าใจประสบการณ์ มุมมอง และข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมโครงการในเชิงลึก

2.3 ควรดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มประชากรเป้าหมายอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียง เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มเสี่ยงสูง หรือกลุ่มในเขตเมือง เพื่อทดสอบความเหมาะสมและประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่าง และใช้เป็นฐานข้อมูลในการขยายผลในระดับนโยบาย

References

- Baskaradoss, J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, 18, 172. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-9>
- Becker, G. S. (1976). *The economic approach to human behavior*. University of Chicago Press.
- Bureau of Dental Health, Department of Health. (2022). *Oral health status and key determinants survey manual (for oral health surveillance)*. <https://dental.anamai.moph.go.th/>
- Campbell D. T. & Stanley J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Houghton Mifflin.
- Chirawatkul, A. (2010). *Biostatistics for health sciences research* (3rd ed.). Khon Kaen: Khlang Nanawitthaya.
- Dental Department, Huai Mek Hospital. (2023). *Oral health survey report of working-age village health volunteers in Huai Mek Subdistrict Kalasin Province 2023*. Huai Mek Hospital, Kalasin Province.

- Department of Health, Bureau of Dental Health. (2021). *Clean teeth, strong gums*. Ministry of Public Health.
- Department of Health, Bureau of Dental Health. (2024). *The 9th Thailand national oral health survey report B.E. 2023*. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design Publishing.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2022). *Manual for oral health status survey and key factors for oral health surveillance*. <https://dental.anamai.moph.go.th/th/cms-of-481>
- Division of Dental Public Health, Office of Health. (2011). *Clinical practice guidelines for dental clinics, Office of Health*. <https://skko.moph.go.th/>
- FDI World Dental Federation. (2023). *FDI World Dental Federation calls for global leaders to prioritise action against oral diseases at major UN meeting on health*. <https://www.fdiworldddental.org/fdi-world-dental-federation-calls-global-leaders-prioritise-action-against-oral-diseases-major-un>
- Heepkaew A. & Padchasuwan N. H. (2022). Effects of oral health literacy and social support program for gingivitis disease prevention among village health volunteers in Chiangyuen District Mahasarakham Province. *Thai Journal of Health Education*, 45(2), 72–87.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Kasemsuk K. & Ritudom B. (2023). Health promotion of middle adulthood development. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(1), 368–380.
- Kesavan R. et al. (2019). Assessment of Oral Health Literacy and Its Relationship with Oral Health Related Behaviour and Socioeconomic Status Among Students of A University in Chennai City. *Biomedical and Pharmacology Journal*, 12, 739–746. <https://doi.org/10.13005/bpj/1696>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lorig K. R. & Holman H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- McCarney R. et al. (2007). The Hawthorne effect: A randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology*, 7, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-30>
- Primary Care Unit, Huai Mek Hospital. (2024). *Annual primary health service report*. Huai Mek Hospital, Kalasin Province.
- Public Health Education Division. (2018). *Guidelines for promoting health literacy and health behavior according to the National Health Act*. Bangkok: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health.
- Rathee M. & Jain P. (2025). Gingivitis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557422/>
- Sørensen et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

WHO. (2023). *Oral health*. Retrieved November 15, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Original Article

EFFECT OF A HEALTH LITERACY PROGRAM USING THE “HINSAMWAN MODEL” ON HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG BUDDHIST MONKS

Received: May 11, 2025

Received: November 14, 2025

Accepted: November 15, 2025

Wattajuk Charoenchai ^{1,*}, Natnapa Heebkaew Padchasuwan ², Pannee Banchonhattakit ³

^{1,2} Health Behavior and Health Promotion Program, Faculty of Public Health Khon Kaen University, Khon Kaen 40002, Thailand

³ Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani 13180, Thailand

Corresponding author; E-mail: wattajuk.c@kkumail.com*

Citation: Charoenchai W, Patchasuwan N.H, Banchonhattakit P. (2025). Effect of a Health Literacy Program Using the “HINSAMWAN Model” on Health-Promoting Behaviors among Buddhist Monks. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(3), e16575.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Buddhist monks, as spiritual leaders, play significant roles in religion, society, and public health. Currently, monks are facing health challenges, particularly non-communicable diseases stemming from undesirable health behaviors. This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a health literacy program designed to promote desirable health behaviors among Buddhist monks. The sample comprised 70 monks, divided into an experimental group (n=35) and a comparison group (n=35). The experimental group participated in the 12-week “HINSAMWAN Model” health literacy program. Data were collected using questionnaires and health assessments before and after the intervention, and analyzed using Paired t-test and Analysis of Covariance (ANCOVA) with a significance level of 0.05. The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean health literacy scores than the comparison group across all six dimensions: accessing information ($\bar{x}_{diff} = 9.99$), understanding ($\bar{x}_{diff} = 4.61$), interaction ($\bar{x}_{diff} = 6.43$), decision-making ($\bar{x}_{diff} = 8.69$), behavioral change ($\bar{x}_{diff} = 8.46$), and advocacy ($\bar{x}_{diff} = 12.67$). Furthermore, the monks' desirable health behaviors improved significantly ($\bar{x}_{diff} = 3.00$, 95% CI: 2.38 to 3.62). Health outcomes also showed significant improvements, with reductions in Body Mass Index ($\bar{x}_{diff} = 1.11$), waist circumference ($\bar{x}_{diff} = 2.11$), blood glucose levels ($\bar{x}_{diff} = 9.03$), and cardiovascular disease risk ($\bar{x}_{diff} = 1.24$). Therefore, compared to the comparison group, the program was effective in promoting health literacy and desirable health behaviors among Buddhist monks.

Keywords: Health literacy; Health behaviors; Behavior modification; Self-efficacy; Buddhist monks

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ด้วย “โมเดลหินสามวาฬ”

รับบทความ: 11 พฤษภาคม 2568

แก้ไขล่าสุด: 14 พฤศจิกายน 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 15 พฤศจิกายน 2568

วัฏจักร เจริญชัย^{1,*}, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ², พรรณี บัญชรหัตถกิจ³

^{1,2} สาขาวิชาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น 40002, ประเทศไทย

³ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี 13180, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: wattajuk.c@kkumail.com*

อ้างอิง: วัฏจักร เจริญชัย, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2568). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ด้วย “โมเดลหินสามวาฬ”. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(3), e16575.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

พระสงฆ์เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณที่มีบทบาทสำคัญด้านศาสนา สังคม และสาธารณสุข ปัจจุบันพระสงฆ์กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ การวิจัยรูปแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ จำนวน 70 รูป แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 รูป และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 รูป โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ “โมเดลหินสามวาฬ” ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและประเมินสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Analysis of Covariance (ANCOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($\bar{X}_{diff} = 9.99$, 95% CI: 8.53 to 11.44) ด้านการเข้าใจ ($\bar{X}_{diff} = 4.61$, 95% CI: 4.00 to 5.22) ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ($\bar{X}_{diff} = 6.43$, 95% CI: 5.31 to 7.55) ด้านการตัดสินใจวางแผน ($\bar{X}_{diff} = 8.69$, 95% CI: 7.20 to 10.19) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($\bar{X}_{diff} = 8.46$, 95% CI: 7.01 to 9.91) และด้านการบอกต่อ ($\bar{X}_{diff} = 12.67$, 95% CI: 10.83 to 14.51) นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}_{diff} = 3.00$, 95% CI: 2.38 to 3.62) ส่วนด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพมีค่าลดลง ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($\bar{X}_{diff} = 1.11$, 95% CI: 0.76 to 1.46) ไขมันรอบเอว ($\bar{X}_{diff} = 2.11$, 95% CI: 1.58 to 2.66) ระดับน้ำตาลในเลือด ($\bar{X}_{diff} = 9.03$, 95% CI: 5.55 to 12.51) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}_{diff} = 1.24$, 95% CI: 0.67 to 1.82) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบโปรแกรมจึงมีประสิทธิภาพส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; การรับรู้ความสามารถของตน; พระสงฆ์

บทนำ

พระพุทธศาสนาเป็นสถาบันสำคัญที่หล่อหลอมวิถีชีวิตและค่านิยมของสังคมไทยมาอย่างยาวนาน โดยมีพระสงฆ์เป็นกลุ่มผู้นำทางจิตวิญญาณที่มีบทบาทสำคัญทั้งในด้านศาสนา สังคม และสุขภาพ ปัจจุบันพระสงฆ์กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่น่าวิตก ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ซึ่งได้รับจากการบิณฑบาต การขาดการออกกำลังกาย การฉันทันเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนสูง และการสูบบุหรี่ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้พระสงฆ์มีความเสี่ยงสูงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ จากรายงานกรมอนามัย พบว่าพระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์กว่าร้อยละ 78.30 โดยพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่ฉันทันผักและผลไม้ หรือฉันทันไม่เพียงพอ ร้อยละ 45.12 นอนหลับไม่เพียงพอ ร้อยละ 36.64 และฉันทันเครื่องดื่มชา/กาแฟที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 36.15 เฉพาะในจังหวัดบึงกาฬ พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์สูงถึงร้อยละ 87.92 (Department of Health, 2025) สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ไทย

การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ควรคำนึงถึงทั้งหลักพระธรรมวินัยและแนวทางทางวิชาการที่ทันสมัย โดยเฉพาะเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเหมาะสม (Department of Health Ministry of Public Health, 2018) กรมอนามัยได้พัฒนาแนวคิดสุขภาวะตามทักษะ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบ ชักถามแลกเปลี่ยนตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้และพฤติกรรมของพระสงฆ์ ทั้งนี้ยังต้องคำนึงถึงความสามารถในการรับรู้ของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งอธิบายว่าเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน (Bandura, 1977) รวมทั้งพระสงฆ์ถือเป็นกลุ่มเฉพาะที่ไม่สามารถเลือกสิ่งของที่จะนำมาติดกบาตรถวายและไม่สามารถเลือกรับอาหารได้

ส่งผลให้การดำรงตนของพระสงฆ์จึงต้องมีการสนับสนุนจากบุคคลอื่น เช่น ญาติโยมอุปัฏฐาก และบุคลากรสาธารณสุข ที่มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) สามารถแบ่งแรงสนับสนุนดังกล่าวเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนในการให้การประเมินผล 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (House, 1981)

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์ช่วงอายุ 20-59 ปี มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มากที่สุด (Department of Health, 2025) รวมถึงปัญหาด้านการเข้าถึงระบบบริการด้านสาธารณสุข การเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลและชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ทั่วถึง (Sutatorn, 2018) และยังพบว่าพระสงฆ์มีแนวโน้มที่จะป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น (Wattanayingcharoenchai, 2023) อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาโปรแกรมสุขภาพที่ออกแบบเฉพาะตามวิถีชีวิตพระสงฆ์ยังค่อนข้างมีน้อย หรือใช้เครื่องมือที่ยังไม่ครอบคลุม 6 ขั้นตอนของแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จึงเห็นได้อย่างชัดเจนถึงช่องว่างของงานวิจัยและความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มสำหรับพระสงฆ์ไทย

จากบริบทและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ด้วย “โมเดลหินสามวาฬ” ที่พัฒนาและออกแบบให้สอดคล้องกับกิจกรรมเชื่อมโยงกับ 3 ทฤษฎี ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เปรียบเสมือนหินสามวาฬที่มีลักษณะเป็นหินขนาดใหญ่ 3 ก้อนเรียงกัน ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญและมีความเชื่อเรื่องความอุดมสมบูรณ์ นำสู่การออกแบบโปรแกรมตามอักษรภาษาอังกฤษ 9 ตัว ได้แก่ Health Access, Information Awareness, Needs Clarification, Self-Decision, Activity, Monitoring, Willpower, Adaptation และ Narrative จึงได้เป็น “HINSAMWAN Model” ภายใต้กรอบทักษะสุขภาพ 6 ขั้นตอน และการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เป็นรูปแบบแนวทางในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ส่งเสริมให้พระสงฆ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เป็นไปตามหลักพระธรรมวินัย และลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ด้วย “โมเดลหินสามวาฬ” ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และผลการประเมินสุขภาพของพระสงฆ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และผลการประเมินสุขภาพของพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) กรณีศึกษาในประชากร 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2568 ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ พระสงฆ์ (มหานิกาย) อายุตั้งแต่ 25 - 59 ปี จำพรรษาในเขตพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 2,032 รูป (Bueng Kan Provincial Office of Buddhism, 2024)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ (มหานิกาย) จำนวนทั้งสิ้น 70 รูป สุ่มจัดกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 35 รูป และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 รูป ได้กลุ่มทดลองอาศัยจำวัดในเขตพื้นที่อำเภอเซกา และกลุ่มเปรียบเทียบอาศัยจำวัดในเขตพื้นที่อำเภอโซ่พิสัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1.2.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ได้แก่ 1) พระสงฆ์อยู่ในสังกัดมหานิกายและบวชมาไม่น้อยกว่า 1 พรรษา 2) มีอายุ 25-59 ปี 3) มีผลการคัดกรองสุขภาพที่พึงประสงค์ ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป 4) มีโทรศัพท์มือถือ (สมาร์ทโฟน) และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ 5) สามารถใช้ออปพลิเคชันไลน์ ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 6) สามารถอ่านออกเขียนได้ มีทักษะการสื่อสารที่รู้เรื่องสัมปัญญะที่ครบถ้วน และ 7) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.2.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ได้แก่ 1) เป็นผู้มีอาการหลงลืม มีโรคภัยเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่อชีวิต และ 2) มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

1.3 การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

1.3.1 คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Chirawatkul, 2009) จากงานวิจัยของ (Sookpool et al., 2020) เรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน 51.36 (SD=4.36) และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนน 47.10 (SD=6.26) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ตามสูตรดังนี้

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

เมื่อกำหนดให้

Z_α คือ กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

Z_β คือ กำหนดอำนาจในการทดสอบ 90 % Power of test = 0.90 ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$

Δ^2 คือ ความต่างของผล (Effect size) คำนวณจาก $(\mu_1 - \mu_2)^2$ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษา ซึ่งคำนวณค่า

ความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Effect size) ($\mu_1 - \mu_2$) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 4.27

σ^2 คือ ค่าแปรปรวนร่วม (Pool variance) ดังนี้

$$\sigma^2 = \frac{(n_1-1)sd_1^2 + (n_2-1)sd_2^2}{(n_1+n_2)-2}$$

เมื่อกำหนดให้

n_1 คือ ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลอง (30 คน)

n_2 คือ ขนาดตัวอย่างกลุ่มเปรียบเทียบ (30 คน)

sd_1^2 คือ ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มทดลอง (4.36)

sd_2^2 คือ ค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มเปรียบเทียบ (6.26)

จากสูตรคำนวณได้

$$\sigma^2 = \frac{(30-1)4.36^2 + (30-1)6.26^2}{(30+30)-2}$$

$$\sigma^2 = 29.10$$

นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

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

$$n / \text{group} = \frac{2 \times 29.10 (1.64 + 1.28)^2}{4.27^2}$$

$$= 27.22 \approx 28 \text{ รูป}$$

ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างป้องกันการสูญหาย 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout) (Chirawatkul, 2009) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 35 รูป รวมเป็น 70 รูป ตามสูตรดังนี้

$$n_{\text{adj}} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R คือ สัดส่วนที่สูญหายจากการติดตาม

ร้อยละ 10 = 0.1

จากสูตรคำนวณได้

$$n_{\text{adj}} = \frac{28}{(1-0.1)^2}$$

$$= 34.57 \approx 35 \text{ รูป}$$

1.3.2 การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่ม

ตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน สุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ได้อำเภอเขาคา เป็นกลุ่มทดลอง และดำเนินการสุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ได้ อำเภอโซ่พิสัย เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ตามด้วยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จากรายชื่อ พระสงฆ์ อำเภอละ 35 รูป ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เมื่อตรวจสอบคุณสมบัติไม่เป็นไปตามเกณฑ์จะคัดออกและทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนใหม่ พร้อมตรวจสอบคุณสมบัติจนครบตามขนาดตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ด้วย “โมเดลหินสามวาฬ” โดยออกแบบกิจกรรมประยุกต์ 3 แนวคิดและทฤษฎี ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Department of Health Ministry of Public Health, 2018) การรับรู้ของตนเอง (Self-efficacy) (Bandura, 1977) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) (House, 1981) ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

องค์ประกอบ	กิจกรรม	กลวิธี
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของ พระสงฆ์	กิจกรรมที่ 1 Health Access “ทุกข์” กิจกรรม ปริณญา ทุกข์ควรรู้ (รู้ก่อนย่อมดีกว่า) ระยะเวลา 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 1	- การบรรยาย สาธิต การสืบค้น ข้อมูลด้วย ตนเองทางอินเทอร์เน็ต - ฝึกปฏิบัติค้นหา และเข้าถึง แหล่งข้อมูล ผ่านโทรศัพท์ smart phone

องค์ประกอบ	กิจกรรม	กลวิธี
2. ทักษะการเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์	กิจกรรมที่ 2 information Awareness “นิโรธ” กิจกรรม สัจฉิกิริยา ควรทำให้แจ้ง (รู้ไว้เชื่อว่า) *ระยะเวลา 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 1	ถวายความรู้ และการรับชม วีดีโอ และการบรรยาย ปัจจัย ด้านพฤติกรรม 4 ด้านหลัก อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, ไม่สูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุข
3. ทักษะการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์	กิจกรรมที่ 3 Needs Clarification “สมุทัย” กิจกรรม ปหานะ ทุกข์ควรละ (นรกหรือสวรรค์) *ระยะเวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 2	- รับชมวีดีโอ และบรรยายเกี่ยวกับกลุ่มโรคเรื้อรัง - สรุปและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังรับชมวีดีโอ - แบ่งกลุ่มฝึก ตั้งคำถาม และการขอข้อมูลเพิ่มเติม
4. ทักษะการตัดสินใจวางแผนเลือกวิธีการเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์	กิจกรรมที่ 4 Self-Decision “มรรค” กิจกรรม ภาวนา ควรเจริญ (ฝนไว้ไปให้ถึง) *ระยะเวลา 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 2	- สร้างพันธะสัญญากับตนเอง เพื่อตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพ โดยลงนามในสัญญาพร้อมผู้วิจัยหรือผู้เข้าร่วมวิจัยท่านอื่น เป็นพยาน
5. ทักษะการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์	Activity การปฏิบัติกิจวัตร Monitoring การติดตาม กิจกรรมเยี่ยมที่วัด จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 10 Willpower เสริมพลังใจ กิจกรรม ก้าวไปพร้อม ๆ กัน *ระยะเวลา 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ ที่ 8 Adaptation การปรับตัว *ดำเนินการโดยผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติกิจวัตร	ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เลือก ที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วย ตนเอง เพื่อให้ไม่ผิดต่อหลักพระธรรมวินัย - การเยี่ยมเพื่อการประเมินพฤติกรรมหรือความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมาย - การแลกเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ ติดตามผ่าน Group LINE ปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมใหม่เหมาะสมกับสถานการณ์
6. ทักษะการบอกต่อเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์	Narrative เล่าเรื่องกิจกรรม สรุปและถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ *ระยะเวลา 180 นาที ในสัปดาห์ที่ 12	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - แสดงธรรมเทศนาด้านสุขภาพ
7. การได้รับความสามารถของตนเอง	กิจกรรม การเรียนรู้จากประสบการณ์, ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง, ประสบการณ์ความสำเร็จจากผู้อื่น **เชื่อมโยงกับ กิจกรรมที่ 1 Health Access 1 -การส่งเสริมภาวะทางสรีระและอารมณ์ **เชื่อมโยงกับกิจกรรมที่ 6 Monitoring กิจกรรม 7 Willpower	- การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง - การเรียนรู้จากประสบการณ์ พระคิลานุปัฏฐาก ติดตามการเยี่ยมที่วัดเพื่อการ ประเมินพฤติกรรมหรือความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมาย การสนทนากลุ่มแบบกลุ่ม ผ่าน

องค์ประกอบ	กิจกรรม	กลวิธี
	-การโน้มน้าวใจทางสังคม **เชื่อมโยงกับ กิจกรรมที่ 6 Monitoring และ กิจกรรม 7 Willpower -กิจกรรมมอบเกียรติบัตร **เชื่อมโยงกับกิจกรรมที่ 9 Narrative ใน สัปดาห์ที่ 12	group line แลกเปลี่ยนการดูแลสุขภาพและ นำมาปรับให้เหมาะสมและเข้ากับบริบทของตน มอบเกียรติบัตรเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ ใน สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมที่ 9 Narrative
8. การได้รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	กิจกรรมประเมินสุขภาพร่างกายและ พฤติกรรมก่อนการทดลองในสัปดาห์ก่อน การเริ่มดำเนินกิจกรรม และหลังการ ทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมกระตุ้นการปฏิบัติ **เชื่อมโยงกับกิจกรรม 7 Willpower ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมเยี่ยมที่วัด **เชื่อมโยงกับกิจกรรมที่ 6 Monitoring ในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 10	ประเมินสุขภาพร่างกายในด้านการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดเส้นรอบเอว วัดระดับ น้ำตาลในเลือด (DTX) ประเมินพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ 7 ด้าน และประเมินความเสี่ยง ในการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ทีมผู้วิจัยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ติดตามผ่าน Group LINE เยี่ยมที่วัดโดยทีมผู้วิจัยร่วมกับบุคลากร ทางการแพทย์ เพื่อเสริมกำลังใจ และเฝ้า ระวังด้านพฤติกรรมเสี่ยง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ อายุพรรษา ตำแหน่งทางการปกครองสงฆ์ (ตำแหน่งพระสังฆาธิการ) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาทางธรรม การตรวจสุขภาพประจำปี การสนับสนุนจากญาติโยมเพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตและปฏิบัติศาสนกิจ ประวัติการสูบบุหรี่ และข้อมูลภาวะสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด (DTX) และผลประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (%) (คำนวณผ่านโปรแกรม Thai CV risk score คณะแพทย์ ศาสตราจารย์ โรงพยาบาลรามคำแหง) โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (นักสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข/

พยาบาลวิชาชีพ) เป็นผู้ดำเนินการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และบันทึกผลการตรวจประเมินสภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ แบ่งเป็น 6 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ด้านการเข้าใจ จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) ได้แก่ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ตอนที่ 2 ด้านการเข้าถึง จำนวน 11 ข้อ ตอนที่ 3 ด้านการโต้ตอบ จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 4 ด้านการตัดสินใจ จำนวน 11 ข้อ ตอนที่ 5 ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 13 ข้อ และ ตอนที่ 6 ด้านการบอกต่อ จำนวน 17 ข้อ ตอนที่ 2-6 ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert's Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ในข้อคำถามเชิงบวก เป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนในข้อคำถามเชิงลบ เป็น 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ 7 ด้าน โดยประยุกต์จากกรมอนามัย ฉบับปี 2567 จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) ได้แก่ ข้อที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 1 คะแนน และข้อที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ 0 คะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบการตรวจสอบดัชนีชี้วัดความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงฆ์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

3.2 การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของ KR-20 สำหรับแบบสอบถามด้านการเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ พบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 สำหรับแบบสอบถามด้านอื่น ๆ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราต ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล เท่ากับ 0.91 การโต้ตอบเท่ากับ 0.83 การตัดสินใจวางแผน เท่ากับ 0.94 การเปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับ 0.95 และการบอกต่อ เท่ากับ 0.93

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 26 เมษายน พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีพระสงฆ์กลุ่มละ 35 รูป รวมจำนวนทั้งสิ้น 70 รูป กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ด้วย “โมเดลหินสามวาฬ” ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติและได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพทั่วไปจากบุคลากรสาธารณสุข ดังนี้

4.1 การประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยและบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต วัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว (DTX) และประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 7 ด้าน รวมทั้งประเมินคะแนนความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว

4.2 การดำเนินกิจกรรมโปรแกรม (เฉพาะกลุ่มทดลอง) กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโมเดล “HINSAMWAN” 9 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมเชิงการให้ความรู้ การเสริมสร้างแรงบันดาลใจ สนับสนุนทางสังคม การติดตามเยี่ยมวัด 2 ครั้ง และการสื่อสารผ่านกลุ่ม LINE เพื่อเสริมสร้างความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4.3 การติดตามกำกับและสนับสนุนการปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้การนัดหมายล่วงหน้าสำหรับการเยี่ยมติดตามการประเมินความก้าวหน้า และการให้กำลังใจผ่านกิจกรรม โทสนทนาในกลุ่มใน LINE (สัปดาห์ที่ 6 และ 8)

4.4 การประเมินหลังการทดลอง (Post-test) ดำเนินการวัดซ้ำภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในสัปดาห์ที่ 12 ในทั้งสองกลุ่ม โดยใช้กระบวนการตรวจสอบประเมินเหมือนการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA Version 18 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval) ทั้งนี้แบ่งสถิติที่ใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

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

5.2 สถิติเชิงอนุมาน

5.2.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent simple T-test, Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และผลการประเมินสุขภาพของพระสงฆ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Analysis of Covariance (ANCOVA) ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล

ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลทุกด้านมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ คะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test score) ของตัวแปรตามแต่ละด้าน

5.2.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และผลการประเมินสุขภาพของพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลทุกด้านมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2567 โดยมีเลขที่จริยธรรม HE672217 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบข้อมูลโครงการและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ จำนวน 70 รูป สุ่มแบ่งเป็นทดลอง จำนวน 35 รูป และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 รูป พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย อายุ อายุพรรษา ระดับการศึกษา การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับการสนับสนุนจากญาติโยม และการสวดมนต์ ทั้ง 2 กลุ่ม ข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน (Table 1)

Table 1: Baseline Characteristics of the Participants

Variables	Experimental group (n=35)	Control group (n=35)	Statistical test	p-value
	n (%) or Mean $\pm$ SD	n (%) or Mean $\pm$ SD		
Age (years)	42.89 $\pm$ 9.95 Max = 58, Min = 25	44.20 $\pm$ 11.22 Max = 59, Min = 25	t = 0.52	0.606**
Years of Monkhood (years)	9.60 $\pm$ 5.71 Max = 27, Min = 1	10.83 $\pm$ 5.53 Max = 32, Min = 1	t = 0.71	0.482**
Buddhist study level				0.077***
No formal Dhamma study	3 (8.57)	0 (0.00)		
Level 1 (Elementary)	7 (20.00)	3 (8.57)		
Level2 (Intermediate)	6 (17.14)	4 (11.43)		
Level 3 (Advanced)	19 (54.29)	28 (80.00)		

Table 1: (Continuous)

Variables	Experimental group (n=35)	Control group (n=35)	Statistical test χ^2 or t	p-value
	n (%) or Mean $\pm$ SD	n (%) or Mean $\pm$ SD		
Monastic Position				0.005***
Dep. District Officer	0 (0.00)	2 (5.71)		
Subdistrict Officer	2 (5.71)	9 (25.72)		
Dep. Subdistrict Officer	1 (2.86)	0 (0.00)		
Abbot	5 (14.29)	8 (22.86)		
Deputy Abbot	0 (0.00)	2 (5.71)		
Others	27 (77.14)	14 (40.00)		
Educational Level				0.335***
No formal education	0 (0.00)	1 (2.86)		
Primary education	7 (20.00)	4 (11.43)		
Lower secondary education	7 (20.00)	3 (8.57)		
Upper secondary education	8 (22.86)	10 (28.58)		
associate degree	7 (20.00)	5 (14.28)		
Bachelor's degree	5 (14.28)	7 (20.00)		
Higher than bachelor's degree	1 (2.86)	5 (14.28)		
Health check-up frequency				0.054***
Never	17 (48.57)	13 (37.15)		
Every year	16 (45.71)	11 (31.43)		
Every 2 years	1 (2.86)	2 (5.71)		
Every 3 years	1 (2.86)	3 (8.57)		
Others	0 (0.00)	6 (17.14)		
Lay support adequacy			$\chi^2 = 0.35$	0.556*
Sufficient	17 (48.57)	13 (37.15)		
Insufficient	16 (45.71)	11 (31.43)		
Smoking History			$\chi^2 = 2.92$	0.232*
Current smoker	17 (48.57)	21 (60.00)		
Non-smoker	7 (20.00)	9 (25.71)		
Former smoker (quit)	11 (31.43)	5 (14.29)		

* Chi-square Test, ** Independent Simple T-test, *** Fisher's Exact Test

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และผลการประเมินสุขภาพของพระสงฆ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ดังนี้

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการเข้าถึง (Access) ($\bar{X}_{diff} = 9.99$, 95% CI: 8.53 to 11.44) ด้านการเข้าใจ (Understanding) ($\bar{X}_{diff} = 4.61$, 95% CI: 4.00 to 5.22) ด้านการโต้ตอบ ชักถามแลกเปลี่ยน (Interaction and Inquiry) ($\bar{X}_{diff} = 6.43$, 95% CI: 5.31 to 7.55) ด้านการตัดสินใจวางแผน (Decision-making and Planning) ($\bar{X}_{diff} = 8.69$, 95% CI: 7.20 to 10.19) ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Change) ($\bar{X}_{diff} = 8.46$, 95% CI: 7.01 to 9.91) และด้านการบอกต่อ (Dissemination) ($\bar{X}_{diff} = 12.67$, 95% CI: 10.83 to 14.51) ส่วนด้านพฤติกรรม

สุขภาพ (Health behaviors) ($\bar{X}_{diff} = 3.00$, 95% CI: 2.38 to 3.62) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (Table 2)

2.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินสุขภาพของพระสงฆ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีผลการประเมินสุขภาพแตกต่างกันจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ($\bar{X}_{diff} = 1.27$, 95% CI: 0.96 to 1.58) ขนาดรอบเอว (Waist Circumference) ($\bar{X}_{diff} = 2.23$, 95% CI: 1.70 to 2.75) ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) ($\bar{X}_{diff} = 8.14$, 95% CI: 5.21 to 11.08) ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ($\bar{X}_{diff} = 4.91$, 95% CI: 2.30 to 7.52) ระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Glucose Level) ($\bar{X}_{diff} = 10.06$, 95% CI: 6.95 to 13.17) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD Risk score) ($\bar{X}_{diff} = 1.24$, 95% CI: 0.67 to 1.82) (Table 3)

Table 2: Comparison of Mean Scores of Health Literacy and Desired Health Behaviors of Monks Before and After the Intervention Between the Experimental and Comparison Groups, Using ANCOVA

Variables	Experimental (n=35)		Control (n=35)			
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean	95%CI	Cohen's d	p-value
Health Literacy						
Access			9.99	8.53 to 11.44	3.38	< 0.001*
Before	36.77 ± 7.64	36.54 ± 5.65				
After	47.48 ± 2.76	37.54 ± 3.14				
Understanding			4.61	4.00 to 5.22	3.73	< 0.001*
Before	13.69 ± 1.78	13.60 ± 1.67				
After	18.91 ± 0.95	14.34 ± 1.51				
Interaction and Inquiry			6.43	5.31 to 7.55	2.83	< 0.001*
Before	31.11 ± 5.45	31.91 ± 4.33				
After	38.60 ± 3.39	32.34 ± 2.21				

Table 2: (Continuous)

Variables	Experimental (n=35)	Control (n=35)	Mean change Difference			
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean	95%CI	Cohen's d	p-value
Health Literacy (Continuous)						
Decision-making and Planning			8.69	7.20 to 10.19	2.86	< 0.001*
Before	34.45 $\pm$ 7.53	34.66 $\pm$ 6.30				
After	44.89 $\pm$ 4.14	35.63 $\pm$ 2.38				
Behavior Change			8.46	7.01 to 9.91	2.86	< 0.001*
Before	42.94 $\pm$ 8.43	42.66 $\pm$ 7.69				
After	52.77 $\pm$ 4.32	44.40 $\pm$ 3.73				
Dissemination			12.67	10.83 to 14.51	3.56	< 0.001*
Before	53.94 $\pm$ 9.70	53.83 $\pm$ 8.41				
After	67.17 $\pm$ 5.94	54.57 $\pm$ 2.90				
Health behaviors			3.00	2.38 to 3.62	2.54	< 0.001*
Before	4.97 $\pm$ 1.69	4.60 $\pm$ 2.19				
After	7.03 $\pm$ 1.34	4.03 $\pm$ 2.24				

Notes: Adjusted by Monastic position, Pre-test score

Table 3: Comparison of post-intervention health status scores between experimental and comparison groups using ANCOVA (n = 70)

Health status	Experimental (n=35)	Control (n=35)	Mean change Difference			
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean	95%CI	Cohen's d	p-value
Body Mass Index (BMI)			1.27	0.96 to 1.58	2.10	< 0.001*
Before	21.69 $\pm$ 3.70	22.58 $\pm$ 2.96				
After	20.58 $\pm$ 2.98	22.69 $\pm$ 3.00				
Waist Circumference			2.23	1.70 to 2.75	2.19	< 0.001*
Before	76.83 $\pm$ 11.16	78.51 $\pm$ 11.33				
After	74.71 $\pm$ 10.29	78.57 $\pm$ 11.33				
Systolic Blood Pressure			8.14	5.21 to 11.08	1.44	< 0.001*
Before	126.23 $\pm$ 8.31	127.63 $\pm$ 8.08				
After	117.97 $\pm$ 10.12	127.14 $\pm$ 7.80				
Diastolic Blood Pressure			4.91	2.30 to 7.52	0.98	< 0.001*
Before	80.29 $\pm$ 5.64	82.20 $\pm$ 6.85				
After	78.03 $\pm$ 6.21	83.63 $\pm$ 5.53				

Table 3: (Continuous)

Health status	Experimental (n=35)	Control (n=35)	Mean change Difference			
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean	95%CI	Cohen's d	p-value
Blood Glucose Level			10.06	6.95 to 13.17	1.67	< 0.001*
Before	101.09 $\pm$ 11.36	101.09 $\pm$ 11.36				
After	93.00 $\pm$ 5.85	102.26 $\pm$ 9.96				
CVD Risk score			1.24	0.67 to 1.82	1.03	< 0.001*
Before	5.18 $\pm$ 3.58	7.01 $\pm$ 5.54				
After	4.00 $\pm$ 2.84	6.90 $\pm$ 5.40				

Notes: Adjusted by Monastic position, Pre-test score

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และผลการประเมินสุขภาพของพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

3.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเข้าถึง ($\bar{X}_{diff} = 10.71$, 95% CI: 8.30 to 13.13) การเข้าใจ ($\bar{X}_{diff} = 5.23$, 95% CI: 4.55 to 5.91) การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ($\bar{X}_{diff} = 7.49$, 95% CI: 6.00 to 8.97) การตัดสินใจวางแผน ($\bar{X}_{diff} = 10.43$, 95% CI: 8.14 to 12.71) การเปลี่ยนพฤติกรรม ($\bar{X}_{diff} = 9.83$, 95% CI: 7.78 to 11.88) การบอกต่อ ($\bar{X}_{diff} = 13.23$, 95% CI:

11.07 to 15.39) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลอง ($\bar{X}_{diff} = 2.06$, 95% CI: 1.48 ถึง 2.63) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}_{diff} = 0.57$, 95% CI: 0.29 ถึง 0.85) (Table 4)

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินสุขภาพของพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รอบเอว ($\bar{X}_{diff} = 2.11$, 95% CI: 1.58 to 2.66) ค่าความดันโลหิตตัวบน ($\bar{X}_{diff} = 8.26$, 95% CI: 6.16 to 10.36) น้ำตาลในเลือด ($\bar{X}_{diff} = 9.03$, 95% CI: 5.55 to 12.51) และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ($\bar{X}_{diff} = 1.17$, 95% CI: 0.67 to 1.69) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือมีแนวโน้มแย่ลง (Table 5)

Table 4: Comparison of Mean Scores of Health Literacy and Desired Health Behaviors of Monks Before and After the Intervention Within the Experimental and Comparison Groups, Using paired t-test

Health Literacy	Before	After	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	$\bar{x}_{diff} \pm SD_{diff}$	95%CI for $\bar{x}_{diff}$	p-value
Health Literacy					
Access					
Experimental (n=35)	36.77 $\pm$ 1.29	47.48 $\pm$ 0.46	10.71 $\pm$ 1.19	8.30 to 13.13	< 0.001*
Control (n=35)	36.54 $\pm$ 0.95	37.54 $\pm$ 0.53	1.00 $\pm$ 0.95	-0.93 to 2.93	0.300
Understanding					
Experimental (n=35)	13.69 $\pm$ 0.30	18.91 $\pm$ 0.16	5.23 $\pm$ 0.33	4.55 to 5.91	< 0.001*
Control (n=35)	13.60 $\pm$ 0.28	14.34 $\pm$ 0.26	0.74 $\pm$ 0.23	0.27 to 1.22	0.003*
Interaction and Inquiry					
Experimental (n=35)	31.11 $\pm$ 0.92	38.6 $\pm$ 0.57	7.49 $\pm$ 0.73	6.00 to 8.97	< 0.001*
Control (n=35)	31.91 $\pm$ 0.73	32.34 $\pm$ 0.37	0.42 $\pm$ 0.49	-0.58 to 1.43	0.392
Decision-making and Planning					
Experimental (n=35)	34.46 $\pm$ 1.27	44.89 $\pm$ 0.70	10.43 $\pm$ 1.12	8.14 to 12.71	< 0.001*
Control (n=35)	34.65 $\pm$ 1.06	35.63 $\pm$ 0.43	0.97 $\pm$ 0.91	-0.89 to 2.84	0.297
Behavior Change					
Experimental (n=35)	42.94 $\pm$ 1.42	52.77 $\pm$ 0.73	9.83 $\pm$ 1.01	7.78 to 11.88	< 0.001*
Control (n=35)	42.66 $\pm$ 1.30	44.40 $\pm$ 0.63	1.74 $\pm$ 0.97	0.23 to 3.71	0.081
Dissemination					
Experimental (n=35)	53.94 $\pm$ 1.64	67.17 $\pm$ 1.00	13.23 $\pm$ 1.06	11.07 to 15.39	< 0.001*
Control (n=35)	53.83 $\pm$ 1.42	54.57 $\pm$ 0.49	0.74 $\pm$ 1.28	-1.85 to 3.34	0.564
Health behaviors					
Experimental (n=35)	4.97 $\pm$ 0.29	7.03 $\pm$ 0.23	2.06 $\pm$ 0.28	1.48 to 2.63	< 0.001*
Control (n=35)	4.60 $\pm$ 0.36	4.03 $\pm$ 0.38	0.57 $\pm$ 0.14	0.29 to 0.85	< 0.001*

Table 5: Comparison of the mean Assessment of the health status of Buddhist monks within the experimental and comparison groups before and after the experiment using a paired t-test (n = 70)

Health status	Before	After	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	$\bar{x}_{diff} \pm SD_{diff}$	95%CI for $\bar{x}_{diff}$	p-value
Body Mass Index (BMI)					
Experimental (n=35)	21.69 $\pm$ 0.62	20.58 $\pm$ 0.50	1.11 $\pm$ 0.17	0.76 to 1.46	< 0.001*
Control (n=35)	22.58 $\pm$ 0.50	22.69 $\pm$ 0.51	0.11 $\pm$ 0.04	0.03 to 0.18	0.006*
Waist Circumference					
Experimental (n=35)	76.83 $\pm$ 1.89	74.71 $\pm$ 1.734	2.11 $\pm$ 0.26	1.58 to 2.66	< 0.001*
Control (n=35)	78.51 $\pm$ 1.92	78.57 $\pm$ 1.91	0.06 $\pm$ 0.04	-0.02 to 0.14	0.160

Table 5: (Continuous)

Health status	Before	After	Difference	Numerical criteria = 0	
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	$\bar{x}_{diff} \pm SD_{diff}$	95%CI for $\bar{x}_{diff}$	p-value
Systolic Blood Pressure					
Experimental (n=35)	126.23 $\pm$ 1.40	117.97 $\pm$ 1.71	8.26 $\pm$ 1.03	6.16 to 10.36	< 0.001*
Control (n=35)	127.63 $\pm$ 1.37	127.14 $\pm$ 1.32	0.49 $\pm$ 0.88	-1.31 to 2.28	0.586
Diastolic Blood Pressure					
Experimental (n=35)	80.29 $\pm$ 0.95	78.03 $\pm$ 1.05	2.26 $\pm$ 1.09	0.03 to 4.47	0.046*
Control (n=35)	82.20 $\pm$ 1.16	83.63 $\pm$ 0.93	1.43 $\pm$ 0.86	-0.32 to 3.17	0.105
Blood Glucose Level					
Experimental (n=35)	102.03 $\pm$ 1.69	93.00 $\pm$ 0.99	9.03 $\pm$ 1.71	5.55 to 12.51	< 0.001*
Control (n=35)	101.09 $\pm$ 1.92	102.26 $\pm$ 1.68	1.17 $\pm$ 0.77	-0.39 to 2.73	0.136
CVD Risk score					
Experimental (n=35)	5.18 $\pm$ 0.61	4.00 $\pm$ 0.48	1.17 $\pm$ 0.25	0.67 to 1.69	< 0.001*
Control (n=35)	7.01 $\pm$ 0.94	6.91 $\pm$ 0.91	0.10 $\pm$ 0.14	-0.19 to 0.39	0.501

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การโต้ตอบ การตัดสินใจวางแผน การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อความรู้สู่ชุมชน ซึ่งสะท้อนถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย “โมเดลหินสามวาฬ” เนื่องจากกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy Theory (Bandura, 1977) และ แรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ช่วยให้พระสงฆ์เกิดความมั่นใจในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม กิจกรรม Health Access, Needs Clarification และ Narrative เป็นส่วนสำคัญที่ส่งเสริมทักษะการค้นข้อมูล การแลกเปลี่ยน และการเผยแพร่ความรู้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย 6 ทักษะ (Department of Health, 2018) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chandi and Posuya (2021) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของรูปแบบสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม

วัดภูเก็ต อำเภอบัว จังหวัดน่าน ผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน ที่ส่งผลตามแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy: HL) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจทางสุขภาพ และการจัดการตนเอง รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยรวม 16 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังจากทดลอง สามเณรกลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวม ความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีรอบแหวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ด้านการเข้าใจข้อมูล ของกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรม เมื่อทำแบบประเมินรอบแรกเกิดการคุ้นเคยกับคำถามอาจทำให้รอบหลังตอบได้ดีขึ้น รวมไปถึงการได้รับเรียนรู้จากแหล่งอื่น ระหว่างช่วงทดลอง เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของวัดหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบรรยายธรรมหรือสุขภาพจากเจ้าคณะ รายการโทรทัศน์ โซเชียลมีเดีย และโครงการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำปีของอำเภอบัว อาจทำให้

คะแนนส่วนนี้เพิ่มขึ้นได้เนื่องจากเป็นการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองและสามารถทำได้ตลอดเวลา

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติ เช่น การตั้งเป้าหมายสุขภาพด้วยตนเอง (Self-decision) การติดตาม (Monitoring) และการให้กำลังใจผ่านกลุ่มสื่อสารออนไลน์ (Willpower) ซึ่งช่วยให้พระสงฆ์เกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิงปรับตัวตรงตามวิถีสงฆ์และไม่ขัดหลักพระธรรมวินัย การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) ที่ระบุว่าความมั่นใจในตนเองเป็นตัวกำหนดความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1977) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Juthasong (2021) ได้ศึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วม โดยใช้กลยุทธ์การชี้นำด้านสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้ การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการแล้ว 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างผู้ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 4.60 เป็น 4.03 คะแนน โดยมีความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 0.57 (95% CI: 0.29 ถึง 0.85, $p < 0.001$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็เป็นการแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ผกผันกันกับกลุ่มทดลอง สะท้อนให้เห็นถึงการสวนทางกันของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจมาจากพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงที่บุคคลยังคงปฏิบัติตามเดิมหรือมีทิศทางที่แย่ลงกว่าเดิม ซึ่งสามารถสังเกตได้โดยตรง เป็นการกระทำในขณะที่ร่างกายยังปกติ แต่อาจไม่มีเป้าหมายที่จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่มาจากการความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวต่าง ๆ

3. ผลการเปรียบเทียบผลการประเมินสุขภาพของพระสงฆ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองสามารถควบคุมค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกิจกรรมในโมเดลหิณสามวาฬส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การเดินจงกรม การออกกำลังกายเบา การเลือกอาหารเหมาะสม และการลดน้ำหนัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nitirat et al. (2018) ได้ศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบทฤษฎีผสมต่อการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง และการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอาจารย์และเจ้าหน้าที่ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยให้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบทฤษฎีผสมบนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ 5 ทฤษฎี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบทฤษฎีผสม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ Noo-in et al. (2022) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิตซิสโตลิกในพระภิกษุสงฆ์ไทยในประเทศไทย โดยใช้โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ไทยที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการฯ กลุ่มตัวอย่างสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ดัชนีมวลกาย คะแนนความเสี่ยงความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ได้

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

1) การจัดกิจกรรมในกลุ่มพระสงฆ์ต้องสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน ทำให้ระยะเวลาการทดลองจำกัด ข้อมูลบางส่วนอาจมีอคติจากความเกรงใจและการตอบแบบที่สังคมคาดหวัง

2) การปฏิบัติต่อพระต้องคำนึงถึงมารยาทและข้อห้ามทางศาสนา ทำให้บางกิจกรรมหรือการวัดผลไม่สามารถทำได้เต็มรูปแบบ เช่น การสัมภาษณ์โดยตรง การขอข้อมูลส่วนตัวเชิงละเอียด

สรุปผล

โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ด้วย “โมเดล หินสามวาฬ” เป็นโปรแกรมสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตสงฆ์ ช่วยเสริมสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ชั้น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อเผยแพร่ความรู้ ส่งผลให้พระสงฆ์ไม่เพียงแต่สามารถอ่านข้อมูลสุขภาพได้ แต่สามารถวิเคราะห์ ใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันโดยไม่ขัดกับวินัยสงฆ์ ผลการใช้โปรแกรม พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น มีความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น จากการสนับสนุนทั้งปัจจัยภายใน เจื้อนไขเชิงพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ การให้ข้อมูล และการประเมินผล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากการเลือกและตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง เป็นผลให้พระสงฆ์สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นผู้นำการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และพระคิลานุปัฏฐาก ควรนำรูปแบบกิจกรรมตาม “โมเดล หินสามวาฬ” (HINSAMWAN Model) ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยเฉพาะกิจกรรม “เสริมพลังใจ” (Willpower) และ “การติดตาม” (Monitoring) ที่ใช้

แอปพลิเคชันไลน์ (Group LINE) ในการติดตามและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวช่วยสร้างแรงบันดาลใจทางสังคม และความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2 สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ควรพิจารณานำองค์ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ตามทักษะ 6 ขั้นตอน และโมเดลการส่งเสริมสุขภาพนี้ บรรจุเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการอบรมพระสังฆาธิการหรือหลักสูตรสำหรับพระบวชใหม่ (พระนวกะ) เพื่อสร้างผู้นำทางจิตวิญญาณที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงการออกนโยบายรณรงค์ให้ฆราวาสมีความรู้ความเข้าใจในการถวายเป็นทานสุขภาพ เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงทางโภชนาการที่พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกเองได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ และพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมไปแล้ว เช่น ระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน (Sustainability) ของพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

2.2 ควรศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโมเดลในกลุ่มพระสงฆ์ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ในเขตเมืองใหญ่ที่มีวิถีการบิณฑบาตและการขบฉันต่างจากชนบท หรือเปรียบเทียบผลระหว่างนิิกายที่ต่างกัน เพื่อนำผลมาปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้มีความยืดหยุ่นและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

References

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bueng Kan Provincial Office of Buddhism. (2567). *Report on Temples, Monks, and Novices in Bueng Kan Province for the Year 2024* (1st ed.). Bueng Kan: Bueng Kan Provincial Office of Buddhism.

- Chandi C. & Posuya K. (2021). The Effective of Health Literacy Model in Novices, Phrapariyattidhamma Watphuket School, Nan Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(4), 56-71.
- Chirawatkul, A. (2009). *Statistics for health science research*. Wittayapat.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *Core concepts and principles of a health-literate organization* (1st ed.). Office of the 4.0 Strategic Project for Health Literacy Promotion.
- Department of Health. (2025, October 10). *Desirable health behaviors of Buddhist monks*. Department of Health Ministry of Public Health. <https://kku.world/n3pfy>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley
- Juthasong, N. (2021). Behavior Changing for Health to Reduce Sweet, Oily, Salty Add Vegetables, Exercise far from Chronic Disease. *Journal of Health and Environmental Education*, 6(3), 8-15.
- Nitirat P. et al. (2018). Effects of Mixed-Theory based Model for Behavioral Modification on the Perception toward Self-efficacy in Self-management and the Reduction of Chronic Disease Risks among Professional and Non-professional Staffs in Phrapokklao College of Nursing, Chanthaburi, Thailand. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*, 35(1), 18-29.
- Noo-in S. et al. (2022). The Effects of Health Behavior Changing Program for Systolic Blood Pressure Reduction Among Thai Buddhist Monks, Thailand. *Advances in Informatics, Management and Technology in Healthcare*, 295, 193-196. <http://doi.org/10.3233/SHTI220695>
- Sookpool A. et al. (2020). Effectiveness of Health Literacy and Health Behavior Development Program for Working People. *Journal of Health Science*, 29(3), 419-429.
- Sutatorn, P. (2018, November 30). *Monks and the health security system*. Hfocus. <https://kku.world/znvq1>
- Wattanayingcharoenchai, S. (2023, October 13). *More than half of Thai monks suffer from diabetes*. ThaiHealth Promotion Foundation. <https://kku.world/zlz6y>

Original Article

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION AMONG LATE ADOLESCENTS AFTER THE COVID-19 PANDEMIC: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN KLAENG DISTRICT, RAYONG, THAILAND

Kulkamol Vannasri ¹, Duangjai Vatanasin ^{2,*}, Pornpat Hengudomsab ³

Received: June 01, 2025

^{1,3} Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi 20131, Thailand

Received: October 20, 2025

² Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok 10330, Thailand

Accepted: October 20, 2025

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

Citation: Vannasri K., Vatanasin D., Hengudomsab P. (2025). Factors Influencing Depression Among Late Adolescents After The Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Klaeng District, Rayong, Thailand. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(3), e16623.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Depression is a prevalent mental health issue among late adolescents in the post-COVID-19 era, driven by the necessity for adaptation and significant lifestyle changes. Understanding the factors associated with depression is crucial for developing effective prevention strategies. This cross-sectional descriptive study aimed to investigate depression and its influencing factors among late adolescents in Klaeng District, Rayong Province. A sample of 166 participants was selected using stratified random sampling. Data collection was conducted via questionnaires between August and September 2022. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results revealed that 63.86% of late adolescents experienced depression, classified as mild to moderate (22.29%) and severe (41.57%). Factors significantly influencing depression included resilience ($\beta = -0.49$, 95% CI [-0.610, -0.370]), pandemic fatigue ($\beta = 0.27$, 95% CI [0.149, 0.391]), and cyberbullying ($\beta = 0.15$, 95% CI [0.026, 0.274]). Together, these factors accounted for 39.50% of the variance in depression ($R^2 = 0.395$, $F = 35.72$, $p < 0.001$). These findings indicate a relatively high prevalence of depression among late adolescents following the COVID-19 pandemic. Resilience served as a protective psychological factor, whereas pandemic fatigue and cyberbullying were identified as significant risk factors associated with depression. Therefore, healthcare professionals overseeing the mental health of this demographic should implement regular depression screening. Furthermore, interventions aimed at promoting resilience, mitigating pandemic fatigue, and reducing cyberbullying should be prioritized to effectively prevent depression in late adolescents.

Keywords: Depression; Resilience; Pandemic fatigue; Cyberbullying; Late adolescents

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19: การศึกษาแบบภาคตัดขวางในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง ประเทศไทย

รับบทความ: 01 มิถุนายน 2568

แก้ไขล่าสุด: 20 ตุลาคม 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 20 ตุลาคม 2568

กุลกมล วรรณศรี¹, ดวงใจ วัฒนสินธุ์^{2,*}, ภารภัทร เสงอุดมทรัพย์³

^{1,3} คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี 20131, ประเทศไทย

² สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, กรุงเทพฯ 10330, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: duangjaivat@gmail.com *

อ้างอิง: กุลกมล วรรณศรี, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภารภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19: การศึกษาแบบภาคตัดขวางในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(3), e16623.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19 เนื่องจากต้องเผชิญกับการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 166 คน โดยการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ช่วงเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นตอนปลายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 63.86 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 22.29 และภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 41.57 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต ($\beta = -0.49$, 95% CI $[-0.610, -0.370]$) ภาวะเหนื่อยล้าจากการระบาด ($\beta = 0.27$, 95% CI $[0.149, 0.391]$) และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ($\beta = 0.15$, 95% CI $[0.026, 0.274]$) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 39.50 ($R^2 = 0.395$, $F = 35.72$, $p < 0.001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนปลายมีภาวะซึมเศร้าหลังการระบาดของโควิด-19 ค่อนข้างสูง โดยความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตใจ ส่วนภาวะเหนื่อยล้าจากการระบาด และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่นกลุ่มนี้ควรดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ รวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ลดความเหนื่อยล้าจากการระบาด และลดการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; ความแข็งแกร่งในชีวิต; ภาวะเหนื่อยล้าจากการระบาด; การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์; วัยรุ่นตอนปลาย

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ส่งผลให้ประชาชนทั่วโลกต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างฉับพลันและเผชิญกับมาตรการด้านสาธารณสุขที่เข้มงวด เช่น การสวมหน้ากาก การเว้นระยะห่างทางสังคม และการกักตัวอยู่บ้าน (World Health Organization, 2023) แม้สถานการณ์การระบาดจะคลี่คลาย แต่ผลกระทบทางจิตใจยังคงดำเนินต่อ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เปราะบาง (World Health Organization, 2024) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการวางกลยุทธ์เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ว่า ในช่วงการระบาดใหญ่ ประชากรร้อยละ 31.90 มีอาการวิตกกังวล ร้อยละ 29.60 มีภาวะเครียด และร้อยละ 27.60 มีภาวะซึมเศร้า (Czeisler et al., 2021) ทั้งยังมีแนวโน้มคงอยู่แม้หลังการผ่อนคลายมาตรการทางสังคม (Aknin et al., 2022) แสดงให้เห็นถึงผลกระทบทางจิตใจที่ลึกซึ้งและต่อเนื่องของโควิด-19

วัยรุ่นตอนปลายเป็นช่วงพัฒนาการและมีความเปราะบางสูงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม โดยต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางอัตลักษณ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Steinberg, 2022) การเรียนออนไลน์และการเว้นระยะห่างทางสังคมในช่วงการระบาดส่งผลวัยรุ่นมีการสื่อสารกับเพื่อนลดลง รู้สึกไม่สบายใจ โดดเดี่ยว (Wang et al., 2020) กลัวการติดเชื้อ (Gruber et al., 2020) และความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น (Kumar and Nayar, 2021) ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหลังการระบาดของโควิด-19 กลายเป็นประเด็นด้านสุขภาพจิตที่สำคัญทั่วโลก โดยพบอัตราการเกิดสูงในหลายประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย ร้อยละ 55.0–64.5 (Christoph et al., 2022) สหรัฐอเมริกา ร้อยละ 32.0–37.0 (Alexander et al., 2022) จีนร้อยละ 39.5 (Zhou et al., 2020) ญี่ปุ่นร้อยละ 28.7 (Nomura et al., 2021) และเกาหลีใต้ร้อยละ 21.3–24.2 (Do et al., 2022) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในช่วงหลังการระบาดของโควิด-19 มีเพียงการศึกษาของ Maneenil et al. (2022) ที่ระบุว่า ในช่วงแรกของการระบาดของโควิด-19 วัยรุ่นตอนปลายมีภาวะซึมเศราร้อยละ 51.25 ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นส่งผลต่อผลการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเพิ่มความเสี่ยง

ต่อการใช้สารเสพติด (American Psychiatric Association, 2022) หากอาการรุนแรงจนกระทบต่อหน้าที่ในการดำเนินชีวิตจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางจิตเวชอย่างเร่งด่วน หากไม่ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอาจนำไปสู่ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Rajanagarindra Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health, 2018) ทั้งยังสร้างภาระต่อครอบครัวและภาครัฐจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (Waldmann et al., 2022)

ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับทฤษฎีความเปราะบาง-ความเครียด (Diathesis-stress theory) ของ Zuckerman (1999) และแนวคิดชีว-จิต-สังคม (Biopsychosocial Model) ที่อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางที่มีอยู่แล้วและความเครียดจากสิ่งแวดล้อม โดยเป็นผลมาจากการบูรณาการของปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating) ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (Perpetuating) และปัจจัยปกป้อง (Protective) (Sukanich, 2015) สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 นับเป็นปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่รุนแรงที่ส่งผลให้วัยรุ่นที่มีความเปราะบางและขาดทรัพยากรในการป้องกันตนเองที่เพียงพอ อาจเกิดการตอบสนองต่อความเครียดในระดับชีวภาพต่อเนื่องจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19 ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญและมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Janjatkarn et al., 2019) เช่นเดียวกับสัมพันธภาพในครอบครัว (Family relationship) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยปกป้องโดยเฉพาะในบริบทของการระบาดที่ทำให้วัยรุ่นต้องกักตัวอยู่บ้านร่วมกับครอบครัว การศึกษาพบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Watanapanyasakul, 2021) สำหรับความเหนื่อยล้าจากการระบาด (Pandemic fatigue) ถือเป็นปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factor)

ที่สนับสนุนให้อาการของภาวะซึมเศร้าดำเนินต่อไป การอยู่ในสถานการณ์แพร่ระบาดต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจที่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีความเครียดจากโควิด-19 ในระดับสูงมีแนวโน้มเกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น (Chotpitayasunondh and Dhammapeera, 2021) ส่วนการติดเฟซบุ๊ก (Facebook addiction) ซึ่งเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดเป็นปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factor) ที่สำคัญ โดยวัยรุ่นที่หมกมุ่นกับการใช้เฟซบุ๊กเมื่อได้รับประสบการณ์เชิงลบในโลกออนไลน์อาจส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Blachnio and Przepiorka, 2015; Ho, 2019) เช่นเดียวกับการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (Cyberbullying) ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความอับอาย และการลดลงของความภาคภูมิใจในตนเอง โดยพบว่าการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Alrajeh et al., 2021)

แม้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงผลกระทบหลังการระบาดของโควิด-19 ต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนปลาย แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในวัยรุ่นตอนปลายในภาคตะวันออกของประเทศไทย งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพียงการสำรวจภาวะซึมเศร้าในช่วงต้นของการระบาดเท่านั้น ส่งผลให้ขาดข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นกลุ่มนี้ ซึ่งอยู่ในช่วงพัฒนาการสำคัญที่กำลังเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นผู้ใหญ่และมีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิตสูง การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนบริบทของสังคมไทยนี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการวางแผนการดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทยในช่วงหลังวิกฤตการศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในวัยรุ่นตอนปลายช่วงหลังการระบาดของโควิด-19 จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในด้านการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของการระบาดต่อสุขภาพจิตวัยรุ่นในบริบทไทย การเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและผู้กำหนดนโยบายในการออกแบบกลยุทธ์การป้องกันและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมถึง

การเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจของวัยรุ่นไทยจากความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยปกป้อง ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่ของภาวะซึมเศร้า เพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤตในอนาคต ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการในบริบทของประเทศไทย และเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบททางสังคมไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19
2. เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียดจากการระบาด การติดเฟซบุ๊ก และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2565 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร คือ วัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 17-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอกาญจนบุรี จังหวัดระยอง ปีการศึกษา 2565 จำนวน 2,690 คน (Secondary Educational Service Area Office Chonburi Rayong, 2022)
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนปลาย จำนวน 166 คน จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.7 กำหนดค่าดังนี้ Test family (F test), Statistical test (Linear multiple regression: Fixed model, R² deviation from zero), Type of power analysis (A priori: Compute required sample size-given α , power, and effect size) ค่าขนาดของอิทธิพล

ระดับปานกลาง (Effect size f^2) เท่ากับ 0.15 (Cohen, 1992) อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.95 และ ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha=0.05$) การศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนตัวแปรต้น 5 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย จำนวน 138 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ไม่ครบถ้วนและข้อมูลที่ได้ไม่มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่ม ขนาดของตัวอย่างร้อยละ 20 (Srisatitanarakul, 2010) จำนวน 28 คน การศึกษานี้จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ จำนวน 166 คน

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

ดังนี้ 1) สามารถสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่านและเขียน ภาษาไทยได้ 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บป่วย ด้วยโรคทางกายที่รุนแรง ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย เบาหวาน เป็นต้น โดยดูข้อมูลจากแฟ้มประวัติการตรวจสุขภาพของ นักเรียนประจำปี 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคแพนิค โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท โรคสมาธิสั้น โดยดูข้อมูล จากแฟ้มประวัติการตรวจสุขภาพของนักเรียนประจำปี 4) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 5) ได้รับความยินยอม จากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย

1.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ หรือมีเสมหะ

1.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ

สุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) เริ่มจากการสุ่มโรงเรียนตัวแทนจากโรงเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอ แกลง จังหวัดระยอง จำนวน 5 โรงเรียน โดยสุ่มแบบง่าย โดยการจับฉลาก จำนวน 1 โรงเรียน ซึ่งมีนักเรียนทั้งหมด 1,088 คน จากนั้นแบ่งชั้นตามระดับชั้นปี (ม.4-ม.6) และ สายการเรียน (วิทยาศาสตร์-ศิลป์) เพื่อคำนวณจำนวน กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนให้ได้รวม 166 คน ในแต่ละ ระดับชั้น ผู้วิจัยสุ่มห้องเรียนแบบง่ายโดยไม่ใส่คืน ชั้นละ 2 ห้อง (สายวิทยาศาสตร์ 1 ห้อง และสายศิลป์ 1 ห้อง) แล้ว สุ่มนักเรียนในแต่ละห้องตามสัดส่วนที่กำหนด ได้แก่ ม.4 จำนวน 55 คน (วิทยาศาสตร์ 26 คน ศิลป์ 29 คน) ม.5 จำนวน 56 คน (วิทยาศาสตร์ 28 คน ศิลป์ 28 คน) และ ม.6 จำนวน 55 คน (วิทยาศาสตร์ 26 คน ศิลป์ 29 คน) เพื่อให้ ได้กลุ่มตัวอย่างรวมครบตามขนาดที่ต้องการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น เกรดเฉลี่ย สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ครอบครัว รายจ่ายต่อเดือน และประวัติครอบครัว เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale: CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1997) แปลเป็นภาษาไทย โดย Trangkhasombat et al. (1997) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินอาการซึมเศร้าในด้านความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมและอาการทางกายในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ และข้อคำถาม ทางลบ 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน คือ ไม่เคยเลย 1 คะแนน คือ นาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน คือ บ่อยครั้ง และ 3 คะแนน คือ ตลอดเวลา ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าสูง นอกจากนี้ยังแบ่ง ภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ 0-16 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 17-21 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมากกว่า 21 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ แบบสอบถามนี้ไปหาค่าความเชื่อมั่นกับนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดย Grotberg (1995) แปลเป็นไทยโดย Nintachan (2015) จำนวนคำถาม 28 ข้อ ประกอบด้วย การประเมิน ความแข็งแกร่งในชีวิตใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านฉันเป็น ด้านฉันมี ด้านฉันสามารถ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณ ค่า 5 ระดับ เริ่มจาก 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีความ แข็งแกร่งในชีวิตสูง แบบสอบถามฉบับนี้มีความตรง ด้านเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงอยู่ใน เกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.88

(Nintachan, 2015) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความเชื่อมั่นกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาโดย Ruksee et al. (2021) เป็นข้อความที่ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวช่วงเกิดวิกฤตการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มจาก 1 คือ ไม่เคยเกิดขึ้น จนถึง 4 คือ มากขึ้น คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับมีตั้งแต่ 7-28 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี แบบสอบถามฉบับนี้มีความตรงด้านเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.85 (Ruksee et al., 2021) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้ไปหาค่าความเชื่อมั่นกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเหนื่อยล้าจากการระบาด พัฒนาโดย Lilleholt et al. (2020) แปลเป็นภาษาไทยโดย Chotpitayasunondh and Dhammapeera (2021) เพื่อประเมินภาวะเหนื่อยล้าจากการระบาดของโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ เริ่มจาก 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับมีตั้งแต่ 7-49 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะเหนื่อยล้าจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง แบบสอบถามฉบับนี้มีความตรงด้านเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.81 (Chotpitayasunondh and Dhammapeera, 2021) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการติดเฟสบุ๊ค พัฒนาโดย Andreassen et al. (2012) แปลเป็นภาษาไทยโดย Phanasathit et al. (2015) มีข้อความจำนวน 6 ข้อ

ประเมินด้านความคิดและพฤติกรรมในการใช้เฟสบุ๊ค ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจาก 0 คือ น้อยมาก จนถึง 4 คือ บ่อยมาก คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับมีตั้งแต่ 0-24 คะแนน โดยคะแนนรวมตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไปอาจถือว่ามีความผิดปกติการติดเฟสบุ๊ค แบบสอบถามฉบับนี้มีความตรงด้านเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.86-0.91 (Phanasathit et al., 2015) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ พัฒนาโดย Doane et al. (2013) แปลเป็นภาษาไทยโดย Phaowiriya et al. (2020) เป็นข้อความที่ประเมินการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ เริ่มจาก 1 คือ ไม่เคย จนถึง 6 คือ เกือบทุกวันหรือทุกวัน คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับมีตั้งแต่ 21-126 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์สูง แบบสอบถามฉบับนี้มีความตรงด้านเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.82 (Phaowiriya et al., 2020) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ 0.86

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยองที่ได้รับการสุ่มเลือก เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้นเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปีที่ได้รับการสุ่มเลือกในช่วงเวลาว่างของกลุ่มตัวอย่างที่ห้องเรียน โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย

การรักษาความลับ และขอความร่วมมือ รวมทั้งขออนุญาต ผู้ปกครองในการเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ก่อนนัดหมายวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 45-50 นาที ทั้งนี้กลุ่ม ตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา และไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัย เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ และ เก็บแบบสอบถามเข้าช่องปิดผนึกเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป (IBM SPSS Statistics Version 28.0) กำหนด นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ขนาด อิทธิพลทางสถิติของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของ วัยรุ่นตอนปลาย ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Stepwise multiple regression) ก่อนการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณ ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติ พบว่าข้อมูลมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ ตัวแปร ทั้งหมดเป็นข้อมูลระดับ Interval ข้อมูลมีการแจกแจง แบบปกติ โดยตรวจสอบด้วยกราฟ Histogram พบว่ามี การกระจายตัวเป็นรูประฆังคว่ำและสมมาตรรอบค่าเฉลี่ย พบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม โดยตรวจสอบจากกราฟ Scatter plot ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ และเป็นอิสระต่อกันโดยค่าสถิติ Durbin-Watson เท่ากับ 2.00 อยู่ในช่วงเกณฑ์ที่ยอมรับได้ 1.5–2.5 และไม่พบ ปัญหาสหสัมพันธ์พหุคูณ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สันอยู่ระหว่าง -0.125 ถึง 0.248 แสดงว่าตัวแปร อิสระมีความเป็นอิสระต่อกัน ข้อมูลทั้งหมดจึงเป็นไปตาม ข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิของ กลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS049/2565

(IRB3-055/2565) รับรองวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ทุกขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยมีการคำนึงถึงจริยธรรม และคุณธรรม ปกป้องสิทธิ ความเป็นส่วนตัว คุณค่าและ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านอย่าง เท่าเทียมกัน กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการยุติการตอบ แบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การนำเสนอ ข้อมูลเป็นไปในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 166 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.60 และเพศชาย ร้อยละ 40.40 มีอายุเฉลี่ย 16.08 (SD = 0.77) ศึกษาอยู่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มากที่สุด ร้อยละ 33.70 มีผล การเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและ มารดา ร้อยละ 63.90 บิดาและมารดามีสถานภาพสมรส และอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 56.00 รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวเท่ากับ 35,900 บาทต่อเดือน ครอบครัวมี ค่าใช้จ่ายรายเดือนเพียงพอและมีเงินเก็บ กลุ่มตัวอย่าง ได้รับค่าใช้จ่ายรายวันเฉลี่ยวันละ 104.52 บาท

2. ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า (Depression) ของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 19.54 (SD = 8.92, 95% CI: 18.18–20.90) (Table 2) เมื่อพิจารณาที่ ระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 106 คน ร้อยละ 63.86 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 37 คน ร้อยละ 22.29 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 69 คน ร้อยละ 41.57 เมื่อพิจารณาตามระดับชั้นปี พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 6 มีภาวะซึมเศร้าสูงสุด ร้อยละ 22.89 รองลงมาคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 21.09 และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.88 (Table 1)

Table 1: Depression among late adolescents in the post-COVID-19 pandemic (n = 166)

Depression	Grade 10 Number (%)	Grade 11 Number (%)	Grade 12 Number (%)	Total Number (%)
No depression (0 – 16 points)	22 (13.25)	21 (12.65)	17 (10.24)	60 (36.14)
Depression (>17 points)	33 (19.88)	35 (21.09)	38 (22.89)	106 (63.86)
Mild to moderate depression (17 – 21 points)	16 (9.64)	8 (4.82)	13 (7.83)	37 (22.29)
Severe depression ($\geq$ 22 points)	17 (10.24)	27 (16.27)	25 (15.06)	69 (41.57)

3. ผลการวิเคราะห์ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) สัมพันธภาพในครอบครัว (Family relationships) ความเหนื่อยล้าจากการระบาด (Pandemic fatigue) การติดเฟซบุ๊ก (Facebook addiction) และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (Cyberbullying) ของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่ง

ในชีวิตเท่ากับ 106.66 (SD = 16.62) มีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 18.02 (SD = 2.72) คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการระบาด เท่ากับ 25.60 (SD = 7.36) คะแนนเฉลี่ยการติดเฟซบุ๊ก เท่ากับ 7.96 (SD = 5.13) คะแนนเฉลี่ยการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ เท่ากับ 33.20 (SD = 13.21) (Table 2)

Table 2: Mean scores and standard deviations of study variables (n = 166)

Variables	Mean	SD	Range	
			Possible	Actual
Depression	19.54	8.92	0-60	2-44
Resilience	106.66	16.62	28-140	53-140
Family relationships	18.02	2.72	7-28	10-28
Pandemic fatigue	25.60	7.36	6-42	6-42
Facebook addiction	7.96	5.13	0-24	0-20
Cyberbullying	33.20	13.21	21-126	21-92

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19

4.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19 ประกอบด้วย ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) สัมพันธภาพในครอบครัว (Family relationships) ความเหนื่อยล้าจากการระบาด (Pandemic fatigue) การติดเฟซบุ๊ก (Facebook addiction) และการถูกกลั่นแกล้ง

ทางไซเบอร์ (Cyberbullying) พบว่า ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) อยู่ในช่วง -0.125 ถึง 0.248 (Table 3) ซึ่งไม่เกิน 0.80 แสดงว่า ตัวแปรต้นทุกตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน และไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) จึงวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนต่อไป

Table 3: Pearson Correlation Matrix of Study Variables (n=166)

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Depression	1					
2. Resilience	-0.532**	1				
3. Family relationships	-0.134	.215**	1			
4. Pandemic fatigue	0.329**	-0.053	0.039	1		
5. Facebook addiction	0.065	0.056	0.154*	0.248**	1	
6. Cyberbullying	0.264**	-0.125	0.150	0.190*	.232**	1

*Statistical significance at the 0.05 level, **Statistical significance at the 0.01 level

4.2 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเหนื่อยล้าจากการระบาด และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 39.50 ($R^2 = 0.395$, Adjust $R^2 = 0.39$, $R = 0.62$, $F_{(3, 162)} = 35.19$, $p < 0.05$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต ($\beta = -0.49$, $p < 0.001$, 95% CI [-0.610, -0.370]) เมื่อความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายลดลง 0.49 หน่วย (เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่) ความเหนื่อยล้าจากการระบาด ($\beta = 0.27$, $p < 0.001$, 95% CI [0.149, 0.391]) เมื่อความเหนื่อยล้าจากการระบาดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายเพิ่มขึ้น

0.27 หน่วย (เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่) และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ($\beta = 0.15$, $p < 0.05$, 95% CI [0.026, 0.274]) เมื่อการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายเพิ่มขึ้น 0.15 หน่วย ตามลำดับ (Table 4) แสดงให้เห็นว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญ ในขณะที่ความเหนื่อยล้าจากการระบาดและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Raw Score Equation)

$$\text{Depression} = 36.19 - 0.26(\text{Resilience}) + 0.33(\text{Pandemic fatigue}) + 0.10(\text{Cyberbullying})$$

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Score Equation)

$$z\hat{y} = -0.49(X_1) + 0.27(X_2) + 0.15(X_3)$$

Table 4: Multiple Regression Analysis of Factors Predicting Depression in Late Adolescents in the post-COVID-19 pandemic (n = 166)

Variables	R ²	R ² change	b	SE	β	SE(β)	95% CI for β	t	P-value
Constant	-	-	36.19	4.36	-	-	-	8.29	<0.001***
(X ₁) Resilience	0.283	0.283	-0.26	0.03	-0.49	0.061	[-0.610, -0.370]	-8.08	<0.001***
(X ₂) Pandemic fatigue	0.373	0.091	0.33	0.07	0.27	0.062	[0.149, 0.391]	4.39	<0.001***
(X ₃) Cyberbullying	0.395	0.021	0.10	0.04	0.15	0.063	[0.026, 0.274]	2.39	0.018*
Adjust R ² = 0.39, R = 0.62, $F_{(3, 162)} = 35.19$; $p < .05$									

*Statistical significance at the 0.05 level, **Statistical significance at the 0.01 level,

***Statistical significance at the 0.001 level

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังการระบาดของโควิด-19 สูงถึงร้อยละ 63.86 ซึ่งสูงกว่า ผลการศึกษาของ [Maneenil et al. \(2021\)](#) ที่พบว่า วัยรุ่นตอนปลายจังหวัดจันทบุรีมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 51.25 ในช่วงระยะแรกของการระบาดโควิด-19 ที่มีมาตรการจำกัดทางสังคมเข้มงวด การที่อัตราดังกล่าวเพิ่มขึ้นในช่วงหลังการระบาดสะท้อนว่าปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นยังคงมีความรุนแรง และอาจทวีความซับซ้อนขึ้นในช่วงฟื้นตัว แนวโน้มดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ [Racine et al. \(2023\)](#) ที่พบว่า วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าสูงในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 แม้ว่าในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูลจะผ่านพ้นช่วงวิกฤตไปแล้วกว่า 18 เดือน แต่ยังพบว่า วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน ความรุนแรงและผลกระทบของการระบาดที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และการสะสมของผลกระทบจากการระบาดในระยะยาว การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความเปราะบาง-ความเครียด (Diathesis-stress theory) ของ [Zuckerman \(1999\)](#) ซึ่งเสนอว่าปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางทางชีววิทยาหรือจิตใจที่มีอยู่เดิม (Diathesis) กับปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม (Stress) ในบริบทของการศึกษานี้ ความเปราะบางของวัยรุ่น ประกอบด้วย ลักษณะตามระยะพัฒนาการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 16.08 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่มีความต้องการทางสังคมสูง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม ([Morrison Valfre, 2021](#)) นอกจากนี้วัยรุ่นยังเป็นวัยที่สร้างอัตลักษณ์ ต้องการอิสรภาพ การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ และกำลังพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดซึ่งทำให้มีความเปราะบางในการปรับตัวมากกว่าช่วงวัยอื่น ([Steinberg, 2022](#))

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19 ผลการศึกษพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิต ภาวะเหนื่อยล้าจากการระบาด และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายได้ร้อยละ 39.50 อภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย แสดงให้เห็นว่าถ้าวัยรุ่นมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ [Janjadkarn et al \(2019\)](#) ที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของ [Chen et al. \(2023\)](#) และ [Liu et al. \(2024\)](#) ที่ระบุว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายภายใต้ทฤษฎีความเปราะบาง-ความเครียดได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) สำคัญซึ่งช่วยลดความเปราะบาง (Diathesis) ของวัยรุ่นตอนปลาย เมื่อวัยรุ่นตอนปลายต้องเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่เข้ามากระทบทำให้เกิดความเครียดและต้องปรับตัว วัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีความสามารถในการเข้าใจตนเอง มีทักษะการเผชิญปัญหา และการจัดการกับสถานการณ์วิกฤตได้ดี รวมทั้งได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว สิ่งเหล่านี้ช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวและก้าวข้ามผ่านสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

2.2 ความเหนื่อยล้าจากการระบาดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายหลังการระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ [Chotpitayasunondh and Dhammapeera \(2021\)](#) ที่พบว่าความเหนื่อยล้าจากการระบาดของโควิดมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และการศึกษาของ [Wu et al. \(2024\)](#) ที่พบว่า ความเหนื่อยล้าจากการระบาดมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศจีน ภายใต้ทฤษฎีความเปราะบาง-ความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการระบาดเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้อาการของภาวะซึมเศร้าคงอยู่ (Perpetuating factor) เมื่อวัยรุ่นต้องเผชิญกับสถานการณ์

การระบาดของโควิด-19 ที่เป็เหตุการณวิฤตซึ่งต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การสะสมของความเหนื่อยล้าจากการระบาดจะทำให้วัยรุ่นหมดพลัง หมดแรงหมดกำลังใจ ซึ่งเป็นการเพิ่มความเปราะบางทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ หวาดกลัว และส่งเสริมให้อาการของภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้น (Pfefferbaum and North, 2020)

2.3 การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Damdee et al. (2021) ที่พบว่า ถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายใต้ทฤษฎีความเปราะบาง-ความเครียด การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เป็นเสมือนปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ที่เข้ามาในช่วงที่วัยรุ่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้าน และมีการเรียนออนไลน์ซึ่งเพิ่มโอกาสในการเข้าสู่โลกออนไลน์มากขึ้น แม้ว่าสถานการณ์การระบาดจะดีขึ้น แต่การพึ่งพาโลกดิจิทัลที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาดทำให้เกิดพฤติกรรมและรูปแบบการสื่อสารในโลกออนไลน์ที่มากขึ้น การใช้ชีวิตในโลกออนไลน์อย่างต่อเนื่องทำให้วัยรุ่นตกอยู่ในความเสี่ยงของการถูกละเมิดทางจิตใจและสังคม เมื่อวัยรุ่นรับรู้ตัวตนเองถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ โดยการเปิดเผยความลับหรือคำพูดที่รุนแรง อาจทำให้รู้สึกอับอาย และเกิดความกังวลหรือซึมเศร้า (Doane et al., 2013) ผลการศึกษานี้กลับพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายซึ่งแตกต่างจากผลของ Watanapanyasakul (2021) ที่ระบุว่าความสัมพันธ์กับครอบครัวภาพรวมมีอิทธิพลต่อภาวะเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของพลวัตรครอบครัวภายหลังการระบาด เช่น ความเครียดทางเศรษฐกิจ ความเครียดของผู้ปกครอง และข้อจำกัดทางกายภาพที่เกิดขึ้นระหว่างช่วงล็อกดาวน์ ซึ่งไม่ได้ส่งผลเชิงบวกต่อการสนับสนุนทางอารมณ์ (Mathur et al., 2023) ดังนั้น แม้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวจะเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ แต่ในบริบทหลังโควิด-19 อาจไม่ได้มีบทบาทชัดเจนในการลดภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการติดเฟสบุ๊คที่ไม่พบอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ

Thongpradab et al. (2019) ที่พบว่า การติดเฟสบุ๊คมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในภาคใต้ ซึ่งอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้สื่อของวัยรุ่นหลังโควิด-19 ที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น การใช้งานแพลตฟอร์มอื่น ๆ เช่น ทวิตเตอร์ ดิกต็อก และอินสตาแกรม ทำให้การใช้เฟสบุ๊คเพียงอย่างเดียวไม่สะท้อนรูปแบบพฤติกรรมทางสังคมดิจิทัลโดยรวมอีกต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) จึงไม่สามารถสรุปเชิงเหตุ-ผลระหว่างตัวแปรได้อย่างชัดเจน อีกทั้งการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามแบบประเมินตนเอง (Self-administered questionnaire) อาจมีความเอนเอียงของข้อมูลจากการรับรู้ส่วนบุคคล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงเรียนเพียงแห่งเดียวในอำเภอแกลง จังหวัดระยองทำให้การนำผลไปอ้างอิงทั่วไป (Generalizability) อาจมีข้อจำกัด การวิจัยในอนาคตควรใช้รูปแบบการศึกษาแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal study) หรือการศึกษาทั้งทดลองเพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรมีการขยายพื้นที่ศึกษาให้หลากหลายขึ้น เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและความสามารถในการอ้างอิงทั่วไปได้มากขึ้น

สรุปผล

วัยรุ่นตอนปลายที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา หลังการระบาดของโควิด-19 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 63.86 สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นยังคงเป็นประเด็นสำคัญ แม้จะผ่านพ้นช่วงวิกฤติการระบาดแล้ว การวิเคราะห์เชิงสถิติพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเหนื่อยล้าจากการระบาด และการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 39.50 โดยความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ขณะที่ความเหนื่อยล้าจากการระบาดและการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้อาการซึมเศร้าคงอยู่และรุนแรงขึ้น ในทางกลับกันสัมพันธภาพในครอบครัวและการติดเฟสบุ๊คไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้แตกต่างจากวรรณกรรมก่อนหน้า

โดยชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องทางจิตใจของวัยรุ่นในยุคหลังโควิด-19 สะท้อนถึงบริบททางสังคมและพฤติกรรมดิจิทัลที่เปลี่ยนไป จึงควรมีการพัฒนาแนวทางป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าให้สอดคล้องกับบริบทใหม่นี้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่นกลุ่มนี้ควรดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ รวมทั้งจัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ลดความเหนื่อยล้าจากการระบาด และลดการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย

1.2 หน่วยงานภาครัฐควรบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุข เพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น พัฒนาระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และจัดอบรมบุคลากรทางการศึกษาให้สามารถประเมินและดูแลนักเรียนที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตวัยรุ่นในทุกพื้นที่ โดยมีระบบส่งต่อและการดูแลแบบสหสาขาอย่างทันท่วงที

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ลดการถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย

2.2 ควรศึกษาการวิจัยแบบติดตามระยะยาว เพื่อทำความเข้าใจพลวัตและแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

2.3 ควรใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสม (Mixed methods) เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสังเกต ควบคู่กับแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและลึกซึ้งมากขึ้น

References

- Aknin L. B. et al. (2022). Mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: A review and recommendations for moving forward. *Perspectives on Psychological Science*, 17(4), 915–936. <https://doi.org/10.1177/17456916211029964>
- Alexander J. M. et al. (2022). Increased severity of mental health symptoms among adolescent inpatients during COVID-19. *General Hospital Psychiatry*, 77(2022), 77–79. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.04.004>
- Alrajeh S. M. et al. (2021). An investigation of the relationship between cyberbullying, cybervictimization, and depression symptoms: A cross-sectional study among university students in Qatar. *PLoS ONE*, 16(12), e0260263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260263>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. American Psychiatric Association.
- Andreassen C. S. et al. (2012). Development of a Facebook addiction scale. *Psychological Reports*, 110(2), 501-517. <https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517>
- Blachnio A. & Przepiorka A. (2015). Internet use, Facebook intrusion, and depression: Results of a cross-sectional study. *European Psychiatry*, 30(6), 681-684. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.002>

- Chen L. et al. (2023). Anxiety, depression symptoms, and psychological resilience among hospitalized COVID-19 patients in isolation: A study from Wuhan, China. *Brain and Behavior*, 13(12), e3274. <https://doi.org/10.1002/brb3.3274>
- Chotpitayasunondh V. & Dhammapeera P. (2021). *Study of the effects of pandemic fatigue on mental health problems under the situation of the COVID-19 pandemic in university students*. Bureau of Mental Health Academics, Department of Mental Health, Ministry of Public Health.
- Christoph P. et al. (2022). The impact of migration status on adolescents' mental health during COVID-19. *Healthcare*, 10(1), 176. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010176>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–59. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Czeisler M. É. et al. (2021). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic-United States, June 24–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049–1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
- Damdee W. et al. (2021). Relationships of cyberbullying with depression and aggressive behaviors among adolescents in a province of the central region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 35(1), 78–90.
- Do H. K. et al. (2022). Sleep and mental health among adolescents during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Investigation*, 19(8), 637–645. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0342>
- Doane A. N. et al. (2013). Development of the cyberbullying experiences survey. *Emerging Adulthood*, 1(3), 207–218. <https://doi.org/10.1177/2167696813479584>
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit* (Vol. 8). The Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- Gruber J. et al. (2020). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American Psychologist*, 76(3), 409–426. <https://doi.org/10.1037/amp0000707>
- Ho, T. T. Q. (2021). Facebook addiction and depression: Loneliness as a moderator and poor sleep quality as a mediator. *Telematics and Informatics*, 61, e101617. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2021.101617>
- Janjatkarn B. et al. (2019). Predictive factors of depression among high school students in the municipality of Chantaburi. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 30(2), 62–75.
- Kumar A. & Nayar K. R. (2021). COVID-19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 30(1), 1–2. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>
- Lilleholt L. et al. (2020). *Pandemic fatigue: Measurement, correlates, and consequences*. PsyArXiv.
- Liu Z. et al. (2024). Reciprocal relationship between resilience and depression: A 3-year longitudinal study during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 43(12), 11343–11351. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05210-y>

- Maneenil A. et al. (2022). Factors influencing depression of late adolescents. *Journal of Nursing and Health Research*, 38(1), 293-307.
- Mathur M. et al. (2023). Family stress during the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis. *BMJ Open*, 13(e061396), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061396>
- Morrison-Valfre, M. (2021). *Foundations of mental health care* (7th ed.). Elsevier.
- Nintachan, P. (2015). *Resilience: Concept, assessment, and application*. Bangkok: Judthong.
- Nomura K. et al. (2021). Cross-sectional survey of depressive symptoms and suicide-related ideation at a Japanese national university during the COVID-19 stay-home order. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 26(30) , 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12199-021-00953-1>
- Pfefferbaum B. & North C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *New England journal of medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Phanasathit M. et al. (2015). Validity of the Thai version of the Bergen Facebook Addiction Scale (Thai-BFAS). *Journal of the Medical Association of Thailand*, 98(2), S108–S117.
- Phaowiriya H. et al. (2021). Cyberbullying behavior and cybervictimization among nursing students. *Nursing Journal*, 48(1), 159–173.
- Racine N. et al. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142-1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Radloff, L. S. (1997). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rajanagarindra Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health. (2018). *Guidelines for the care of adolescents with depression*. Bangkok: Beyond Publishing.
- Ruksee N. et al. (2021). A study of the stress, anxiety, and family relationships among Thai people after the COVID-19 pandemic in the early stages. *Quality of Life and Law Journal*, 17(1), 94-108.
- Secondary Educational Service Area Office Chonburi Rayong. (2022). *Summary of educational information: Data Management Center (DMC 65)*. Group of Policy and Planning, Secondary Educational Service Area Office Chonburi Rayong.
- Srisatitanarakul, B. (2010). Sample size determination and adjustment for anticipated data loss. *Journal of Nursing Research*, 18(1), 45–52.
- Steinberg, L. (2022). *Adolescence* (13th ed.). McGraw-Hill.
- Sukonit, P. (2015). Concepts of psychiatric disorders. In M. Lortarakul & P. Sukonit (Eds.), *Ramathibodi Psychiatry Textbook* (4th ed.). Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.
- Thongpradab J. et al. (2019). The relationships among Facebook addiction, self-esteem, and depression in high school students. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(2), 116-133.

- Trangkhasombat M. et al. (1997). The use of CES-D in screening for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 42(1), 168–170.
- Waldmann T. et al. (2023). The cost-utility of an intervention for children and adolescents with a parent having a mental illness in the framework of the German health and social care system: a health economic evaluation of a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(2023), 141. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00693-w>
- Watanapanyasakul, R. (2021). Relational ethics factor influencing depressive symptoms among adolescents, Srinakharinwirot Prasarnmit. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 66(4), 417-428.
- World Health Organization. (2023). *Advice for the public: Coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- World Health Organization. (2024). *Thailand COVID-19 situation report*. <https://www.who.int/thailand/news/detail/19-02-2024-the-situation-report-on-covid19>
- Wu Q. et al. (2024). Pandemic fatigue and depressive symptoms among college students in the COVID-19 context: Indirect effects through sense of control and intolerance of uncertainty. *BMC Psychology*, 12, 21. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01521-2>
- Zhou J. et al. (2020). Prevalence of depression and its correlative factors among female adolescents in China during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Globalization and Health*, 16(2020), 69. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00601-3>
- Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models. In M. Zuckerman, *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. American Psychological Association.

Original Article

DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTION PROJECTS AMONG TYPE 2 PATIENTS ENTERING DIABETES REMISSION BASE ON LIFESTYLE MEDICINE IN KUT CHAP, UDON THANI

Hathai Thadtumlay

Kut Chap Hospital, Kut Chap District, Udon Thani 41250, Thailand

Corresponding author; E-mail: thanthai1850@gmail.com *

Received: August 24, 2025

Received: October 20, 2025

Accepted: November 07, 2025

Citation: Thadtumlay, H. (2025). Development of Health Promotion Projects Among Type 2 Patients Entering Diabetes Remission Base on Lifestyle Medicine in Kut Chap, Udon Thani *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(3), e16844.



Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Diabetes is a group of chronic diseases posing a significant public health challenge in every country worldwide. Controlling patients' blood glucose levels to normal or achieving remission relies on health promotion and enhancing correct self-management skills. This action research aimed to develop a health promotion operation for Type 2 Diabetes (T2D) patients to achieve remission based on lifestyle medicine principles in the Mueang Phia community, Kut Chap District, Udon Thani Province. The study applied the PDCA (Plan, Do, Check, Act) cycle. Key informants consisted of 15 individuals selected by purposive sampling, including the project working group, a multidisciplinary team, and Village Health Volunteers (VHVs). The sample group comprised 35 T2D patients selected by simple random sampling based on inclusion criteria. Data were collected using a developed health status index assessment tool and analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (Paired t-test). The results revealed that the health promotion model for T2D remission based on lifestyle medicine consisted of 11 activities: (1) Early knowledge/screening, (2) Goal setting, (3) Building muscle mass, (4) Intermittent fasting ('Sao Kin Doo'), (5) Nutritional guidance (controlled carbohydrates, adequate protein, healthy fats), (6) Medication management, (7) Sleep hygiene, (8) Stress reduction (Thai traditional methods), (9) Group learning, (10) Self-monitoring logbook, and (11) Consultation with the multidisciplinary team. Following the intervention, the sample group's mean scores for lifestyle medicine adherence behaviors were significantly higher than before the program ($p < 0.05$). Furthermore, all average health status indices showed significant improvement post-intervention compared to pre-intervention ($p < 0.05$).

Keywords: Health promotion; Type 2 diabetes; Diabetes remission; Lifestyle medicine

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่อำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี

หทัย ธาตุทำเล

รับบทความ: 24 สิงหาคม 2568

โรงพยาบาลภูดง จังหวัดอุดรธานี, อุดรธานี 41250, ประเทศไทย

แก้ไขล่าสุด: 20 ตุลาคม 2568

ติดต่อผู้วิจัย: thanthai1850@gmail.com *

ตอบรับตีพิมพ์: 07 พฤศจิกายน 2568

อ้างอิง: หทัย ธาตุทำเล. (2568). การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่อำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(3), e16844.



ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยให้ปกติหรือเข้าสู่ระยะสงบ ต้องอาศัยการส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มทักษะในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในชุมชนเมืองเพี้ย อำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอนการปฏิบัติการ 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ และ 4) ขั้นตอนการประเมินผล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ คณะทำงานโครงการฯ ทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งสิ้นจำนวน 15 คน ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 จำนวน 35 คน จากการสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์การคัดเข้าโครงการฯ เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินดัชนีสภาวะสุขภาพที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ได้แก่ 1) รู้ก่อนชนะก่อน 2) เป้าหมายมีไว้พุ่งชน 3) มรดกที่ควรสะสมคือกล้ามเนื้อ 4) เว้นช่วงการกิน (เซ้ากินดู) 5) กินแบบคาร์บไม่เกิน โปรตีนพอ เรียนรู้การกินไขมันดี 6) ใส่ใจยา 7) หลับลึกให้นาน 8) แผนไทยคลายเครียด 9) กลุ่มเรียนรู้ 10) สมุดพกสะกิดใจ และ 11) การเข้าพบและนัดหมายทีมสหวิชาชีพ ภายหลังการดำเนินงานโครงการฯ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยของผลต่างเท่ากับ 1.43 ช่วงเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 3.52 ถึง 2.09 และมีค่าดัชนีสภาวะสุขภาพเฉลี่ยดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการฯ ทุกค่าดัชนี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ; โรคเบาหวานประเภทที่ 2; โรคเบาหวานระยะสงบ; เวชศาสตร์วิถีชีวิต

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก (International Diabetes Federation, 2025) รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย (Diabetes Association of Thailand, 2017) พบว่า อุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขด้านการรักษาเฉลี่ย 47,596 ล้านบาทต่อปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุด นอกจากนี้ รายงานผลการเฝ้าระวังควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2022) รายงานว่า อัตราของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ในปี พ.ศ. 2562-2565 ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ คิดเป็นร้อยละ 17.20, 22.55, 22.21 และ 23.93 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (เกณฑ์คือ ร้อยละ 40 ขึ้นไป) แสดงถึงผลการดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมโรคยังไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ เป้าหมายสูงสุดของการควบคุมโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดผู้ป่วยให้ปกติหรือเข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes remission) ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยความสำเร็จหลายประการ ทั้งด้านพฤติกรรมผู้ป่วยในการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ยังมีปัจจัยแวดล้อมเชิงสังคมที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการตระหนักถึงการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ เช่น การให้คำแนะนำจากผู้ให้บริการ ความพร้อมของการให้บริการ ความพร้อมของทรัพยากรการบริการ รวมถึงการสนับสนุนขององค์กรสุขภาพในพื้นที่ เป็นต้น (Panmung et al., 2024) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขกำลังผลักดันนโยบายลดโรค NCDs เป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda) มีเป้าหมายที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและปรับแนวทางการดูแลแบบองค์รวมโดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine: LM) ที่ได้รับยอมรับว่าเป็นศาสตร์ทางการแพทย์

ที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน นำไปสู่การควบคุมเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ratjaroen, 2025) จนโรคเบาหวานสู่ระยะสงบได้ (Nawawatcharin et al., 2024)

สถานการณ์โรคเบาหวานรายใหม่ของของอำเภอ กุดจับ ปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อัตรา 616.82, 541.76 และ 593.33 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้มีเพียงร้อยละ 22.39 (เกณฑ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำและยังไม่ผ่านเกณฑ์ ก่อให้เกิดมูลค่าการใช้จ่ายยาเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี (Udon Thani Provincial Public Health Office, 2025) จากสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ คณะกรรมการการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี จึงมีมติให้จัดทำโครงการการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต กำหนดพื้นที่นำร่องในเขตตำบลเมืองเพีย อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและประเมินผลลัพธ์เพื่อปรับปรุงคุณภาพของงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต รวมถึงนำข้อค้นพบมาประยุกต์ใช้และขยายผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานไปยังพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในพื้นที่อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วม

โครงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติการ (Do) 3) การตรวจสอบ (Check) และ 4) การประเมินผล (Action) สำหรับการประเมินผลลัพธ์ของโครงการฯ ใช้รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (Single-Group Pre-test/Post-test Design) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ทีมพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ คณะทำงานโครงการฯ ทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมจำนวน 15 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) พิจารณาจากความรู้เชิงลึก ประสบการณ์ และมีบทบาทสำคัญ

1.2 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 262 คน

1.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 35 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Chirawatkul, 2010) ดังนี้

จากสูตร

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

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

Z_α = กำหนดระดับความเชื่อมั่น ที่ 95 %

($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

Z_β = กำหนด Power of Test เท่ากับ 80

มีค่าเท่ากับ 0.84 (ถ้ากำหนด 90 จะใช้ค่า 1.28)

σ_d^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม เท่ากับ 2.3

μ_d = ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและ

หลังทดลอง จากการศึกษาของ Nawawatcharin et al. (2024) พบว่า หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี HbA1C ลดลงจากค่าเฉลี่ย 7.95 (SD= 1.74) เป็น 7.15 (SD= 1.27) เมื่อแทนค่าในสูตรคำนวณหาความแปรปรวนร่วม ดังนี้

$$\sigma_d^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

$$\sigma_d^2 = \frac{(327-1)(1.73)^2 + (327-1)(1.27)^2}{(327+327)-2}$$

$$\sigma_d^2 = 2.3$$

แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

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

$$n = \frac{(1.96+0.84)^2 (2.3)}{(7.95-7.15)^2} = 28.17$$

ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีสูญเสียหรือมีการถอนตัว (Drop out) ร้อยละ 10 โดยใช้สูตรดังนี้

$$n_{\text{adjust}} = \frac{n}{(1-R)}$$

แทนค่าในสูตร

$$n_{\text{adjust}} = \frac{28.17}{(1-0.1)} = 31.3$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 32 คน เพื่อความเหมาะสมจึงปรับจำนวนเป็น 35 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 2) ไม่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง 3) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 6 ปี ในกรณีที่เกิน 6 ปีขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแลรักษา และ 4) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ตั้งครรภ์ระหว่างเข้าร่วมโครงการ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ต่อเนื่องตามระยะเวลา และ 4) สาเหตุอื่น ๆ เช่น เกิดอุบัติเหตุที่ไม่อาจเข้าร่วมโครงการได้ เสียชีวิต หรือย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการสำรวจข้อมูลทุติยภูมิ แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย สถานการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบที่ผ่านมา ผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน มูลค่าเวชภัณฑ์และยาสำหรับโรคเบาหวาน ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินดัชนีสภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน จำนวน 7 ข้อ

2) ข้อมูลสภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (FBS) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ค่าความดันโลหิต (Blood pressure) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และมวลกล้ามเนื้อ จำนวน 6 ข้อ

3) ข้อมูลการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย ด้านโภชนาการที่เหมาะสม ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดสารพิษในชีวิตประจำวัน ด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ และด้านการสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนบริการ

สุขภาพ จำนวน 42 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเชิงบวกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำเลย ให้ 1 คะแนน ทำนาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ทำเป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน และทำเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3.1 การหาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) โดยพิจารณาหาค่าดัชนีสอดคล้อง (Item objective congruence: IOC) โดยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 คน และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยรัฐ 1 คน พบค่าดัชนีสอดคล้องของรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่จะนำไปใช้ได้

3.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ชุด ในหน่วยบริการของโรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เพื่อหาความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ใช้กับข้อมูล Interval scale หรือ Likert scale เพื่อหาค่า Alpha พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ของการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เท่ากับ 0.92 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มีความน่าเชื่อถือสูง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) เพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ดังนี้

1) สืบค้นข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารวิชาการ ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำกรอบแนวคิดการวิจัย

2) ทบทวนประสบการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นมา เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาโครงการฯ เน้นการพัฒนาที่มสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกุดจับ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และทีมสหวิชาชีพ

3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต การอบรมโค้ชสุขภาพ การจัดระบบข้อมูลตั้งแต่ระบบการรับเข้าโครงการ การคัดกรองดัชนีสุขภาพเบื้องต้น การจัดกิจกรรมอบรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การติดตามและการประเมินผลโครงการ

4) ออกแบบกิจกรรมการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยการประชุมสนทนากลุ่มประกอบด้วย หัวหน้าโครงการวิจัย คณะกรรมการการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายที่เป็นบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Do) กระบวนการออกแบบกิจกรรมการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ดังนี้

1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบโดยประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมทำความเข้าใจคณะทำงานโครงการ

2) จัดอบรมเตรียมความพร้อมโค้ชสุขภาพเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพสำหรับโครงการฯ

3) จัดระบบข้อมูลตั้งแต่ระบบการรับเข้าโครงการโดยการคัดกรองดัชนีสุขภาพเบื้องต้น

4) จัดกิจกรรมอบรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับการดำเนินโครงการฯ

5) จัดประชุมแนวทางติดตามและการประเมินผลโครงการฯ โดยมีคณะกรรมการโครงการเป็นผู้รับผิดชอบโครงการฯ

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบการปฏิบัติ (Check) โดยให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ร่วมโครงการ กรณีมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต นำข้อมูลเข้าปรึกษาหัวหน้าโครงการวิจัยและทีมสหวิชาชีพ บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลกุดจับ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Action) การนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงกระบวนการโครงการฯ และการประเมินผลการพัฒนาในเดือนสิงหาคม 2568 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย (Posttest)

5. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และค่าพื้นฐานของตัวแปรต่าง ๆ โดยแสดงผลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการของตัวแปรการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและดัชนีสภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired-Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 6268 วันที่รับรอง 20 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า จากการสำรวจข้อมูลปีงบประมาณ 2565-2567 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 3.42, 3.98 และ 3.13 ตามลำดับ พบผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี โดยอายุน้อยสุด 23 ปี จำนวน 7 ราย โดยมีประวัติเสี่ยงที่จะป่วยเป็นเบาหวานตั้งแต่ อายุ 18 ปี (มีค่า dtx > 100 หลัง NPO BP 140/90 mmhg BMI 40.23 ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบที่ผ่านมายังไม่สำเร็จเท่าที่ควร พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ อยู่ในระดับต่ำและยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40.0) ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมูลค่าเวชภัณฑ์และยา

สำหรับรักษาโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2567 เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 3.0 ของมูลค่าเวชภัณฑ์และยาสำหรับโรคเบาหวานปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 กลายเป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ส่วนปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านมา คือ ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ รวมถึงยังไม่มีรูปธรรมการดำเนินงาน

เชิงรุก จึงสมควรยกระดับการบริการและคุณภาพคลินิก NCDs ให้มีสมรรถนะรองรับการให้บริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่ออื่น ๆ ต่อไป

2. รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการ	เวลา	การประเมินติดตาม
กิจกรรมที่ 1: กิจกรรมรู้ก่อน ชนะก่อน	1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อน สาเหตุ ผลกระทบ และการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การใช้ตัวแบบด้านบวกเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวคิด เวชศาสตร์วิถีชีวิต	3 ชม.	ประเมินความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ โดยแบบประเมินดัชนี สภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่เข้าร่วม โครงการ
กิจกรรมที่ 2: เป้าหมายมีไว้พุ่งชน	1) ตั้งเป้าหมาย วางแผน และออกแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม รวมถึงแก้ไขปัญหาลดอุปสรรค โดยคณะทำงานร่วมกับผู้เข้าร่วม 2) ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและให้การ ดูแลที่สอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ	3 ชม.	ประเมินการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ โดยแบบ ประเมินดัชนีสภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ และ แบบแผนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของบุคคล
กิจกรรมที่ 3: มรดกที่ควรสะสม คือกล้ามเนื้อ	1) กระตุ้นกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางกาย (คาร์ดิโอ, เน้นการเดิน) ให้มากขึ้น 2) เพิ่มเทคนิคการเคลื่อนไหวหลังกินอาหารทุกมื้อ เพื่อลดภาวะ Glucose spike โดยนักกายภาพ สอนการออกกำลังกายแบบเวทเทรนนิ่ง ร่วมกับ อสม.	30 นาที	ประเมินการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และข้อมูลสภาวะสุขภาพ ของผู้เข้าร่วมโครงการฯ
กิจกรรมที่ 4: เว้นช่วงการกิน (เข้ากินดู)	1) ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะดื้ออินซูลิน โดยทีมสหวิชาชีพ ให้ความรู้เรื่องภาวะดื้ออินซูลิน, การกินถี่/บ่อย 2) สอนเทคนิคการกินแบบเว้นช่วง (Intermittent Fasting) โดยใช้เทคนิค กินเช้าสาย-กินเย็นเร็ว	45 นาที	ประเมินการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้านการบริโภคและ ข้อมูลสภาวะสุขภาพของ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ
กิจกรรมที่ 5: กินแบบคาร์บ ไม่เกิน โปรตีนพอ เรียนรู้การกินไข มันดี	1) ควบคุมอาหารให้สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยนักโภชนาการ สอนการนับคาร์บ 2) ให้ความรู้การกินไขมันดี 3) ให้ความรู้การกินไขมันดี	45 นาที	ประเมินการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้านการบริโภคและ ข้อมูลสภาวะสุขภาพของ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการ	เวลา	การประเมินติดตาม
กิจกรรมที่ 6: ใส่ใจยา	1) กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจการรับประทานยาที่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร 2) เกสเซอร์ให้คำแนะนำข้อมูลยา กลไกการออกฤทธิ์ การปฏิบัติตัว (กรณีน้ำตาลต่ำ, ลิ่มยา)	1 ชม.	ประเมินความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และประเมินติดตามการปรับลดยา
กิจกรรมที่ 7: หลับลึกให้นาน (6 ชั่วโมงต่อวัน)	1) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอนให้หลับสนิท ได้เวลาเหมาะสม 2) ให้ความรู้ประโยชน์ของการนอน (6-8 ชม.) 3) สอนเทคนิคการเข้านอน การเตรียมตัว การปรับสภาพแวดล้อมห้องนอน	6 ชม./วัน	ประเมินความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการนอนและข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการฯ
กิจกรรมที่ 8: แผนไทยคลายเครียด	1) ปรับพฤติกรรมจัดการความเครียด 2) สอนการแช่เท้าด้วยสมุนไพร (ไพล, ขมิ้นชัน) 3) สอนการนวดเท้า นวดขา เพื่อผ่อนคลาย	45 นาที	ประเมินความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด การนอน และข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการฯ
กิจกรรมที่ 9: กลุ่มเรียนรู้	1) ปรับพฤติกรรมการเรียนรู้และให้คำปรึกษา 2) ดำเนินการเชิงรุก โดยสร้างกลุ่ม Line “เบาหวานสงบ อ.กุดจับ” เพื่อส่งคลิปวิดีโอ ข้อความรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูล ให้คำแนะนำ ชื่นชม ให้กำลังใจ (ปรึกษาได้ 24 ชม.)	1 ชม.	ประเมินความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ
กิจกรรมที่ 10: สมุดพกสะกิดใจ	1) ติดตามพฤติกรรมสุขภาพและให้ข้อเสนอแนะ 2) มีคู่มือให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวน และมีตารางให้บันทึกข้อมูลทุก 1 เดือน 3) อสม. เจาะ ค่า DTX วัดค่าความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว	30 นาที	ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีการบันทึกข้อมูลตามระยะประเมินอย่างครบถ้วน
กิจกรรมที่ 11: พบเพื่อปรับเปลี่ยน	1) ปรับการรักษาและพูดคุยปัญหาเพื่อปรับเป้าหมาย 2) นัดหมายพบแพทย์เพื่อปรับการรักษา และพบพยาบาล เพื่อพูดคุยปัญหา อุปสรรค	45 นาที	ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการฯ และการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ

3. ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในพื้นที่อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จากการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ร้อยละ 54.3 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 45.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี ร้อยละ 48.6 สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.4 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 40.0 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.0

3.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโครงการฯ ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Behavioral practices according to lifestyle medicine principles) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อน

การเข้าร่วมโครงการฯ ทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การลดสารพิษในวิถีชีวิต (Reducing toxins in your lifestyle) โภชนาการที่เหมาะสม (Proper nutrition) การนอนหลับที่มีคุณภาพ (Quality sleep) การสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อม (Cultivating a healthy community and environment) การออกกำลังกาย (Exercise) และการจัดการความเครียด (Stress management) (Table 1)

Table 1: The results of the comparison of the mean scores of lifestyle medicine behaviors of the sample group of diabetic patients before and after participating in the project (n=35)

Behavioral practices according to lifestyle medicine principles	Before Mean $\pm$ SD	After Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD Difference	95% CI for μ	t	p-value
Reducing toxins in your lifestyle	2.73 $\pm$ 0.43	3.64 $\pm$ 0.28	0.91 $\pm$ 0.15	3.64 to 2.73	10.388	< 0.001
Proper nutrition	1.99 $\pm$ 0.37	3.56 $\pm$ 0.34	1.57 $\pm$ 0.03	3.56 to 1.99	16.593	< 0.001
Quality sleep	1.96 $\pm$ 0.26	3.54 $\pm$ 0.48	1.58 $\pm$ 0.22	3.54 to 1.96	17.744	< 0.001
Cultivating a healthy community and environment	1.64 $\pm$ 0.25	3.52 $\pm$ 0.30	1.88 $\pm$ 0.05	3.52 to 1.64	31.419	< 0.001
Exercise	2.04 $\pm$ 0.27	3.49 $\pm$ 0.50	1.45 $\pm$ 0.23	3.49 to 2.04	18.372	< 0.001
Stress management	2.11 $\pm$ 0.53	3.39 $\pm$ 0.64	1.28 $\pm$ 0.11	3.39 to 2.11	7.917	< 0.001
Total	2.09 $\pm$ 0.18	3.52 $\pm$ 0.26	1.43 $\pm$ 0.08	3.52 to 2.09	25.566	< 0.001

3.3 ผลการเปรียบเทียบดัชนีติดตามสถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโครงการฯ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 จำนวน 35 คน มีค่าดัชนีติดตามสถานะสุขภาพเฉลี่ยดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการฯ ทุกค่าดัชนี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (FBS) ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าความดันโลหิตบน (Systolic blood pressure) ค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic blood pressure) ค่าน้ำหนักตัว (Body weight) ค่าความยาวรอบเอว (Waist circumference) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (Body fat) และค่ามวลกล้ามเนื้อในร่างกาย (Muscle mass) (Table 2)

Table 2: The results of comparative analysis of health status index of the sample group before and after participating in the project (n=35)

Health Monitoring Index	Before Mean $\pm$ SD	After Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD Difference	95% CI for μ	t	p-value
FBS (mg/dL)	118.87 $\pm$ 0.96	100.07 $\pm$ 1.06	-18.80 $\pm$ 0.10	-24.03 to -13.57	7.310	< 0.001
HbA1c (mg%)	6.01 $\pm$ 0.26	5.67 $\pm$ 0.23	-0.34 $\pm$ -0.03	-0.42 to -0.26	8.354	< 0.001
Systolic blood pressure (mmHg)	130.77 $\pm$ 4.66	122.03 $\pm$ 6.94	-8.74 $\pm$ 2.28	-10.53 to -6.95	9.923	< 0.001
Diastolic blood pressure (mmHg)	80.73 $\pm$ 4.59	76.07 $\pm$ 5.02	-4.66 $\pm$ 0.43	-6.22 to -3.10	6.056	< 0.001
Body weight (kg)	63.90 $\pm$ 11.87	59.26 $\pm$ 9.59	-4.64 $\pm$ -2.28	-5.99 to -3.29	7.002	< 0.001
Waist (cm)	95.37 $\pm$ 17.02	88.00 $\pm$ 12.24	-7.37 $\pm$ -4.78	-9.90 to -4.84	5.916	< 0.001
BMI (kg/m ²)	26.70 $\pm$ 4.83	24.54 $\pm$ 3.89	-2.16 $\pm$ -0.94	-2.78 to -1.54	7.060	< 0.001
Body fat (%)	38.41 $\pm$ 7.06	35.35 $\pm$ 6.72	-3.06 $\pm$ -0.34	-3.85 to -2.27	7.893	< 0.001
Muscle mass (%)	27.73 $\pm$ 4.36	28.97 $\pm$ 4.90	1.24 $\pm$ 0.54	0.87 to 1.61	-6.787	< 0.001

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตตามโครงการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่อำเภอภูผา จังหวัดอุดรธานี ทั้ง 11 กิจกรรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบได้ โดยที่ผู้เข้าร่วมโครงการฯ สามารถปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับถูกต้องที่สุดที่สามารถส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ โดยสามารถปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตด้านการลดสารพิษในวิถีชีวิตมีค่าสูงสุด อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด รองลงมาคือ ด้านการโภชนาการที่เหมาะสม อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ด้านการสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการจัดการความเครียด มีค่าน้อยที่สุด อยู่ในระดับถูกต้องบ้าง ซึ่งมีค่า

น้อยที่สุด ตามลำดับ ลักษณะดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพต่อการช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ สอดคล้องกับ [Supachokchaiwatana \(2024\)](#) พบว่า การปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีประสิทธิภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน แนะนำให้นำหลักการปรับพฤติกรรมของเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้ในดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจะช่วยให้ภาวะเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบได้ ทั้งนี้จากการวิจัยนี้พบว่า การปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อทำให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบได้จำเป็นต้องมีความตั้งใจและปฏิบัติตนในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างเคร่งครัด เช่นเดียวกับการศึกษาของ [Ruangsutthiphap \(2024\)](#) ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดช่วยให้โรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะสงบได้ สอดคล้องกับ [Sirichaisit and Anuyahong \(2024\)](#) ได้สรุปเกี่ยวกับหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่าเป็นศาสตร์

การแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษาและฟื้นฟู รวมถึงป้องกันโรค NCDs โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมการใช้ชีวิตและจำกัดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ อาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การมีความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก และการนอนหลับที่เพียงพอ นอกจากนี้ จากผลการวิจัยนี้พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าน้อยที่สุด ซึ่งให้เห็นว่าการปฏิบัติตนด้านการจัดการความเครียดนั้นปฏิบัติได้ยากและยังเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สอดคล้องกับ [Nakruea \(2024\)](#) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการความเครียดมีค่าต่ำสุดเช่นกัน ดังนั้น แนวทางการประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการออกแบบกิจกรรมการจัดการความเครียดให้ง่ายและเหมาะสมกับบุคคล ตลอดจนควรมีบริการให้คำปรึกษาเชิงรุกที่เข้าถึงได้ง่ายผ่านช่องทางสะดวกเพื่อเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ บทบาทของบริการทางแพทย์และคุณภาพคลินิก NCDs และสมรรถนะของทีมบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมาก ซึ่ง [Panmung et al. \(2024\)](#) พบว่า การพัฒนาคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic) มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ โดยต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการ การดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ารับบริการ การแบ่งกลุ่มเลือก intervention ที่สะดวกและดีเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบอย่างรวดเร็ว รวมถึงมีการออกแบบการสื่อสารและสร้างแรงบันดาลใจ นำไปสู่ทักษะการดูแลอย่างเข้มข้น ซึ่งมีผลต่อการกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ เช่นเดียวกับ [Nawawatcharin et al. \(2024\)](#) พบว่า ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic) นำมาซึ่งความสำเร็จและความภูมิใจของทีมสหวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยที่ต้องให้ความสำคัญด้วย หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมุ่งให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ และลงมือปรับเปลี่ยนด้วยตัวเองจึงจะยั่งยืน ดังนั้นหลักของการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยจึงสำคัญและส่งผลต่อความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ [Kotphakdee \(2025\)](#) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญต่อโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบระดับมาก ปัญหาและอุปสรรคด้านการบริโภคและการออกกำลังกายยังเป็นพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบของผู้ป่วย ขณะที่ [Lifestyle Medicine Academic and Knowledge Management Center \(2023\)](#) เสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่เน้นเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและดูแลตนเอง โดยมีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ให้การสนับสนุน เช่นเดียวกับการศึกษาของ [Supachokchaiwatana \(2024\)](#) ศึกษาการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่มีโรคเบาหวานได้ทำให้ช่วยลดความรุนแรงของโรคเบาหวานและลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้ สามารถประเมินติดตามประสิทธิผลจากค่าดัชนีสุขภาพตามข้อเสนอของ [Phonsiri et al. \(2024\)](#) ได้เสนอให้ติดตามดัชนีสุขภาพของผู้เข้ารับบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการคัดกรอง การตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว คำนวณ BMI และการให้ความรู้ และนำเสนอตัวอย่างบุคคลต้นแบบ การติดตามเยี่ยมบ้านและสภาพแวดล้อมเพื่อปรับปรุงการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการเฝ้าติดตามสังเกตพฤติกรรมโดยการใช้ Application Line group เพื่อประเมินติดตามอย่างใกล้ชิด จากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ให้สามารถวางแผนได้ด้วยตนเอง จะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย และบุคลากรด้านการ

ดูแลสุขภาพในคลินิก NCDs ช่วยให้ขับเคลื่อนการแก้ไขสถานการณ์โรคเบาหวานเชิงพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อจำกัดของงานวิจัย งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง การที่ค่าต่าง ๆ ดีขึ้น ไม่สามารถสรุปได้ว่าร้อยละ 100 ว่าเป็นผลมาจาก 11 กิจกรรมเพียงอย่างเดียว อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทราบว่ากำลังถูกวิจัย จึงตั้งใจปฏิบัติตัวดีขึ้นเป็นพิเศษ หรือการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์กับโรคนานขึ้น อาจทำให้พวกเขาเรียนรู้ที่จะดูแลตัวเองดีขึ้นตามธรรมชาติ

สรุปผล

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ซึ่งประยุกต์หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อนำผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในชุมชนเข้าสู่ระยะสงบ (Remission) องค์ความรู้ที่แตกต่างจากเดิมที่เป็นหลักการกว้าง ๆ คือเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านกระบวนการ PDCA และพิสูจน์แล้วว่าใช้ได้ผลจริงในบริบทชุมชนโดยผสมผสานกิจกรรมสมัยใหม่ เช่น การสร้างกลไก Intermittent Fasting เข้ากับบริบทท้องถิ่น เช่น เช้ากินดื่มน้ำและแผนไทยคลายเครียด ผลลัพธ์คือ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และค่าดัชนีสภาวะสุขภาพ เช่น FBS HbA1c BMI ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ควรยกระดับการบริการและคุณภาพคลินิก NCDs ให้มีสมรรถนะรองรับการให้บริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่ออื่น ๆ เพื่อเพิ่มระดับความสามารถปฏิบัติตนเองตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อแก้ปัญหาสถานการณ์โรคเบาหวานและโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่ออื่น ๆ ของพื้นที่

1.2 การปฏิบัติตนด้านการจัดการความเครียดนั้นปฏิบัติได้ยากและยังเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้รับผิดชอบโครงการควรบูรณาการการทำงานร่วมกับคลินิก NCDs

เพื่อจัดบริการการจัดการความเครียดแก่กลุ่มผู้ป่วยเพื่อเพิ่มระดับความสามารถปฏิบัติตนเองด้านการจัดการความเครียดให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพเป็นจริงเชิงพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาทักษะ สมรรถนะความสามารถทีมบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเชิงรุกในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่ออื่น ๆ ให้ยั่งยืน

2.2 ควรขยายผลการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่อื่น ๆ และควรเปรียบเทียบการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตกับกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งมิติปัจจัยสุขภาพ ปัจจัยปัจเจกบุคคล และปัจจัยความสำเร็จของโครงการ

2.3 ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเพื่อถอดบทเรียนความสำเร็จในการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อเป็นสื่อสำหรับการพัฒนางานป้องกันโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่ออื่น ๆ

References

- American College of Lifestyle Medicine. (2023). *Technology in lifestyle medicine*. <https://www.lifestylemedicine.org/>
- Buakaew P. et al. (2024). Outcomes of case management on knowledge, behavior, and glycated hemoglobin in uncontrolled type 2 diabetes patients at Pak Phayun Hospital, Phatthalung Province. *Journal of Public Health and Innovation*, 4(2), 89–101.
- Chirawatkul, A. (2010). *Statistics for Health Science Research* (2th ed.). Bangkok: Witthayapat.
- Department of Disease Control. (2022). *2022 annual report: Division of Non-Communicable Diseases*, Department of Disease Control. https://ddc.moph.go.th/dncd/forecast_detail
- Diabetes Association of Thailand. (2017). *Clinical practice guidelines for diabetes 2017*. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Glanz K. et al. (2002). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- International Diabetes Federation. (2025). *Faits et Chiffres DM*. <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures>
- Khemavuk P. & Chawbangkaew C. (2021). The study of an optimal smoothing constant value for data with no trend and seasonality behavior. *Journal of King Mongkut's University of Technology North Bangkok*, 31, 245–256.
- Kotphakdee, K. (2025). Development of a care model for diabetes remission patients in Tha Bo District, Nong Khai Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 43(2), 1–15.
- Leethiraprasert, A. (2025). Effectiveness and factors associated with remission among diabetic patients at Kanthararom Hospital, Sisaket Province. *Journal of Health Region* 9, 19(1), 203–215.
- Lifestyle Medicine Academic and Knowledge Management Center. (2023). In training documents for the 8th Executive Program in Lifestyle Medicine, 2024 (March 14 – May 18, 2024); Bangkok, Thailand (pp. 1–100).
- Nakruea, K. (2024). Factors associated with health behaviors based on lifestyle medicine among the elderly in Ratchaburi Province. *Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 47(Supplement), 82–97.
- Nawawatcharin N. et al. (2024). Development of a telephone service system for patients with type 2 diabetes during the COVID-19 pandemic. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 6(1), 40–51.
- Panmung N. et al. (2024). Success factors in implementing care for diabetic patients entering remission. *Journal of the Department of Health Service Support*, 20(2), 17–26.
- Panyaphet K. et al. (2021). Factors associated with self-care behaviors in blood glucose control among patients with type 2 diabetes. *Journal of the Ministry of Public Health Nursing*, 31(3), 151–163.

- Phonsiri C. et al. (2024). Development of a diabetes prevention model for at-risk groups in Khao Phulthong community, Village No.11, Patong Subdistrict, Soi Dao District, Chanthaburi Province. *Journal of Educational Management and Research Innovation*, 6(1), 17–30.
- Prochaska J. O. & DiClemente C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 520–528.
- Ratjaroen, T. (2025). Effects of a Lifestyle Medicine-Based Health Behavior Modification Program on Glycemic Control and Body Mass Index Among Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients in Nong Kung Si District, Kalasin Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 10(2), 416–427.
- Ruangsutthiphap, C. (2024). Effectiveness of care for diabetes remission patients in Phibun Mangsahan District. *Journal of Environmental Studies in Medicine and Health*, 9(2), 323–330.
- Sirichaisit K. & Anuyahong T. (2024). Lifestyle medicine. *Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 1(4), 1–12.
- Supachokchaiwatana, C. (2024). Effectiveness of health behavior modification in diabetic patients on blood glucose levels at Bang Mun Nak Hospital, Phichit Province. *Phichit Provincial Public Health Research and Academic Journal*, 5(1), 55–66.
- Udon Thani Provincial Public Health Office. (2025). *Health data center (HDC) system: Situation of new diabetes cases in Udon Thani Province*. <https://hdc.moph.go.th/udn/public>

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/pjine> 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 สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา 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 มีการจำแนกประเภทของนวัตกรรมโดยเกิดจากกระบวนการที่สำคัญ คือ การค้นหา (Searching) การเลือกสรร (Selecting) การนำไปปฏิบัติ (Implementing) และการเรียนรู้ (Learning) เป็นการนำเสนอผลงานอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อันจะนำไปสู่วัตถุประสงค์ของวิธีหรือแนวทางปฏิบัติ ลำดับขั้นตอนการพัฒนา ผลการดำเนินการ บทเรียนที่ได้รับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และร่องรอย

หลักฐาน ภาพถ่าย ชี้นาน หรือมีการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

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

2.1 บทความวิชาการ (Academic Article)

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

ชื่อผู้พิมพ์ (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ที่ผู้พิมพ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อ

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

คำสำคัญ/Keywords ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการ

ค้นหาคำความ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนที่ผู้เขียนจงใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเรื่อง ใช้ภาษาที่กระตุ้นใจผู้อ่าน ยกปัญหาที่กำลังเป็นที่สนใจมาอภิปราย ตั้งประเด็นคำถามหรือปัญหาที่ท้าทายความคิดของผู้อ่าน กล่าวถึงประโยชน์ที่ผู้อ่านจะได้รับจากการอ่าน กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ หรือให้คำชี้แจงที่มาของการเขียนบทความ บอกขอบเขตของบทความเพื่อให้ผู้อ่านไม่คาดหวังเกินขอบเขตที่กำหนด และปูพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่านเรื่องนั้นให้แก่ผู้อ่าน

เนื้อหาสาระ (Contents) ใช้คำในภาษาไทย ใส่คำภาษาต่างประเทศไว้ในวงเล็บ เขียนคำให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของราชบัณฑิตยสถาน สะกดคำให้ถูกต้องตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 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 บอกแนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ของสิ่งที่กล่าวมาว่าสามารถนำไปทำอะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป ควรมีการตั้งคำถามหรือให้ประเด็นที่ท้าทายกระตุ้นให้ผู้อ่านไปสืบเสาะแสวงหาความรู้ หรือคิดค้นพัฒนาเรื่องนั้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th 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 กะทัดรัด ถูกต้อง และสมบูรณ์ในตัวเอง นำเสนอข้อมูลตามโครงสร้างของบทความ ได้แก่ การเกริ่นนำความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ใช้คำประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ/Keywords ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการ

ค้นหาคำค้นหาคำค้นจากดัชนีค้นเอกสารในวารสารและดัชนีประเภทต่าง ๆ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) อธิบายถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา ลักษณะ และขนาด ความรุนแรง แสดงให้เห็นถึงภูมิหลังของปัญหาหรือ ช่องว่างของงานวิจัย (Gap of Knowledge) ควรอ้างอิงจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบ เพื่อนำเข้าสู่ประเด็นปัญหาที่ต้องการจะแก้ปัญหาหรือ ตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการ ศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้อง ทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนท้ายของ บทนำ และชี้ให้เห็นว่าประเด็นที่ต้องการจะค้นคว้าหา คำตอบนั้นมีความสำคัญอย่างไร ทำไมจึงต้องทำวิจัย ถ้าไม่ทำจะเกิดผลเสียอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective) เป็นการบอกจุดมุ่งหมายที่นักวิจัยต้องการค้นคว้าหา คำตอบตามปัญหาวิจัย เขียนอยู่ในรูปแบบของประโยค บอกเล่า ใช้ภาษาสื่อสารที่ชัดเจนตรงประเด็นถึงสิ่งที่ นักวิจัยต้องการจะทำ อาจเขียนแยกเป็นข้อ ๆ ตามลำดับ ความสำคัญ เช่น วัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์เฉพาะ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods หรือ Material and Methods) อธิบายขั้นตอนการวิจัยด้วย ภาษาที่เข้าใจง่าย โดยระบุรูปแบบแผนการศึกษา (Study design, Protocol) เช่น การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) การวิจัย เชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) การวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action research) การวิจัยและพัฒนา (Research and development) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ให้ระบุช่วงระยะเวลา

ที่ทำการศึกษาวิจัย 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 และสมมติฐานของการวิจัยเป็นหลักชี้ให้เห็นว่าผลการวิจัยได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างไรบ้าง และสอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างไร นำเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นพรรณนา แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

อภิปรายผล (Discussion) อธิบายขยายความผลการวิจัย แสดงบทวิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ควรมีข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง และเป็นกลาง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมี เพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่าผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

สรุปผล (Knowledge) เป็นการสรุปเนื้อหาในงานวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาว่าองค์ความรู้ใหม่ที่ผู้วิจัยค้นพบ หรือองค์ความรู้ที่ดีกว่าหรือแตกต่างจากองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่อย่างไร

ข้อเสนอแนะ (Suggestions) เป็นการเขียนข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยประกอบด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ในทางปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ซึ่งการเขียนข้อเสนอแนะดังกล่าวต้องเขียนภายใต้ข้อค้นพบจากการวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง (In-text Citation) โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร อ้างอิงท้ายเรื่องทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

2.3 บทความนวัตกรรม (Innovation Article)

ชื่อนวัตกรรม (Title) ควรมีความหมายในตัวเอง สั้น กระชับและชัดเจน เพื่อระบุถึงนวัตกรรมที่จะทำการศึกษา ควรคำนึงถึงเนื้อหาของเรื่องที่ต้องการศึกษา ควรมีความสอดคล้องกัน ไม่ซ้ำซ้อนกับนวัตกรรมที่ทำมาแล้ว ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนในประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องพิจารณาเพื่อหลีกเลี่ยง ไม่ใช่คำย่อ มีความยาว

ไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้รับผิดชอบผลงาน (Author) ให้มีทั้งชื่อและนามสกุลภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานสังกัดหรือสถานที่ผู้รับผิดชอบทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้รับผิดชอบ

ประเภทนวัตกรรม

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

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 และสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และความ

ร่วมมือในองค์กร โดยนวัตกรรมนี้มุ่งเน้นที่โครงสร้างและกระบวนการทางการบริหารมากกว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการ

บทนำ (Introduction) อธิบายถึงความสำคัญและที่มาของปัญหามาซึ่งนวัตกรรม ระบุถึงปัญหาหรือความท้าทายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักวิชาการ งานวิจัย ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาสนับสนุนเหตุผล อธิบายเหตุผลที่เลือกทำการพัฒนานวัตกรรม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากนวัตกรรมนี้ อธิบายถึงประโยชน์ที่จะนำไปใช้ได้จริง ในด้านวิชาการ และประโยชน์ในเชิงประยุกต์

วัตถุประสงค์ (Objectives) อธิบายถึงการค้นหาคำตอบของประเด็นปัญหา เป็นการกำหนดประเด็นการศึกษา ต้องชัดเจน และเฉพาะเจาะจง ไม่คลุมเครือ โดยบ่งชี้ถึงสิ่งที่จะทำ ทั้งขอบเขต และคำตอบที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว การตั้งวัตถุประสงค์ต้องให้สมเหตุสมผลกับทรัพยากรที่เสนอขอ และเวลาที่จะใช้ อาจจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ (1) วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective) กล่าวถึงสิ่งที่คาดหวังหรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในระดับกว้าง และ (2) วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective) จะพรรณนาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจริง โดยอธิบายรายละเอียดว่าจะทำอะไร โดยใคร ที่ไหน เมื่อไร และเพื่ออะไร โดยการเรียงหัวข้อควรเรียงตามลำดับความสำคัญ ก่อน-หลัง

เป้าหมาย (Target) เป็นการกำหนดและวัดผลความสำเร็จของนวัตกรรม โดยต้องมีความชัดเจน ครอบคลุม สิ่งที่ต้องการบรรลุในอนาคต ซึ่งควรมีเฉพาะเจาะจง (Specific) วัดผลได้ (Measurable) ทำได้จริง (Achievable) เกี่ยวข้อง (Relevant) มีกรอบเวลา (Time-bound) ควรมีอย่างน้อย 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Indicators) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

(Qualitative Indicators) และตัวชี้วัดเชิงผลกระทบ (Impact Indicators)

วิธีดำเนินการ (Methodology) เป็นการให้รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการดำเนินการแต่ละขั้นตอนจะอย่างไร ต้องระบุถึงระยะเวลาที่จะใช้ในการดำเนินงาน ควรให้รายละเอียดในเรื่องวิธีการศึกษาใช้วิธีแบบใด เช่น จะใช้แบบทดลอง เชิงคุณภาพ หรือจะใช้แบบผสมผสานหลาย ๆ วิธีรวมกัน แหล่งข้อมูลที่จะเก็บข้อมูล ประชากรที่จะศึกษา การกำหนดคุณลักษณะของประชากร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จะใช้ในการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และการประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติอะไรบ้างในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการดำเนินการ (Results) กล่าวถึงผลงานหลัก การเลือกวิธีและการเลือกสถานที่ทดลองหรือศึกษา เพื่อให้ได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เทคนิคที่ใช้ ผู้เขียนแสดงให้เห็นว่าดำเนินการทดลองอย่างไร และรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีใด วิธีจัดทำกับข้อมูลเมื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทดลองและเทคนิคต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าผู้เขียนจัดกระทำกับข้อมูลอย่างไร อาจจะเป็นวิธีคำนวณตามแนววิชาสถิติ หรืออาจเป็นวิธีสันนิษฐานตามหลักตรรกศาสตร์มาตีความหมายในด้านวิชาการที่ผู้เขียนศึกษาอยู่ โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์โดยทั่วไป และการอ่านเอกสารอื่น ๆ ที่ได้กล่าวอ้างมาแล้วในบทต้น ๆ ผู้เขียนเสนอผลงาน รวมทั้งสรุปผลงานตั้งแต่ต้นจนถึงผลที่ได้ นอกจากนี้จากกล่าวถึงผลที่ได้ครั้งนี้มีความสำคัญอย่างไร ต่อสถานการณ์ที่เป็นจริง ข้อเสนอแนะ (Recommendation) และการอภิปราย อาจกล่าวถึงการนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ บางกรณีอาจมีเพียงข้อเสนอแนะหรือการอภิปรายเกี่ยวกับผลอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้นก็ได้

บทเรียนที่ได้รับ (Lessons Learned) เป็นการสรุปผลและประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้จากนวัตกรรม

โดยเน้นถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงในอนาคต หรือเป็นข้อมูลสำหรับการถ่ายทอดประสบการณ์ให้ผู้อื่นอาจเขียนตามลำดับ เช่น ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านผลลัพธ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Factors of success) เป็นการอธิบายปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ช่วยสนับสนุนให้นวัตกรรมประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยเนื้อหาควรครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและควรนำเสนอในลักษณะที่ชัดเจน เป็นระบบ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทอื่น

ภาคผนวก (Appendix) (ร່องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน เอกสารอ้างอิง ฯลฯ) ร່องรอย หลักฐาน ภาพถ่าย ชิ้นงาน ประมาณ 4-6 ภาพ เอกสารอ้างอิง เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง (In-text Citation) โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้องสอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้ายบทความทุกรายการ สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th edition.pdf - Google ไดรฟ์](#)

3. รูปแบบบทความ

3.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4 ตามแบบฟอร์มที่วารสารฯ กำหนด สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์วารสารฯ หรือได้ที่ [R-00 \(From-2567\).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/pjine/index>

ขั้นตอนการส่งบทความออนไลน์

(Submission Online) ศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ [คู่มือการส่งบทความวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่.pdf - Google ไดรฟ์](#)

4.2 ส่งบทความแบบไฟล์ Word พร้อมแผ่น

ซีดี 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 ต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้น ได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษา ไม่บิดเบือนข้อมูลและไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ

5.3 ผู้พิมพ์ ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นที่ปรากฏอยู่ในงานของตน

5.4 ผู้พิมพ์ ต้องไม่คัดลอกผลงานของบุคคลอื่น

5.5 ผู้พิมพ์ ต้องมีความรับผิดชอบต่อผลงานของตน และรับรองว่าผลงานไม่เคยถูกตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพิจารณาตีพิมพ์ที่ใด

5.6 ผู้พิมพ์ ต้องระบุชื่อผู้เป็นเจ้าของผลงาน

ร่วมทุกคน ระบุบทบาทหน้าที่และสัดส่วนของความรับผิดชอบอย่างชัดเจนในกรณีที่ไม่ได้เขียนคนเดียว

5.7 ผู้พิมพ์ ต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนในการทำวิจัยนี้

5.8 ผู้พิมพ์ ต้องการยกเลิกหรือถอดถอนบทความหลังจากที่ผู้ประเมินบทความ (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) การบันทึกเสียง

หรือภาพ (Tape, Video and photo) มาตรการรักษาความลับ เช่น ใช้รหัส เก็บในตู้มีกุญแจล็อก (Locked cabinet) เก็บในคอมพิวเตอร์ (Computer) ที่มีรหัสผ่าน (Password) ข้อมูลส่งทางเมลอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) มีการทำให้เป็นรหัส (Encrypted)

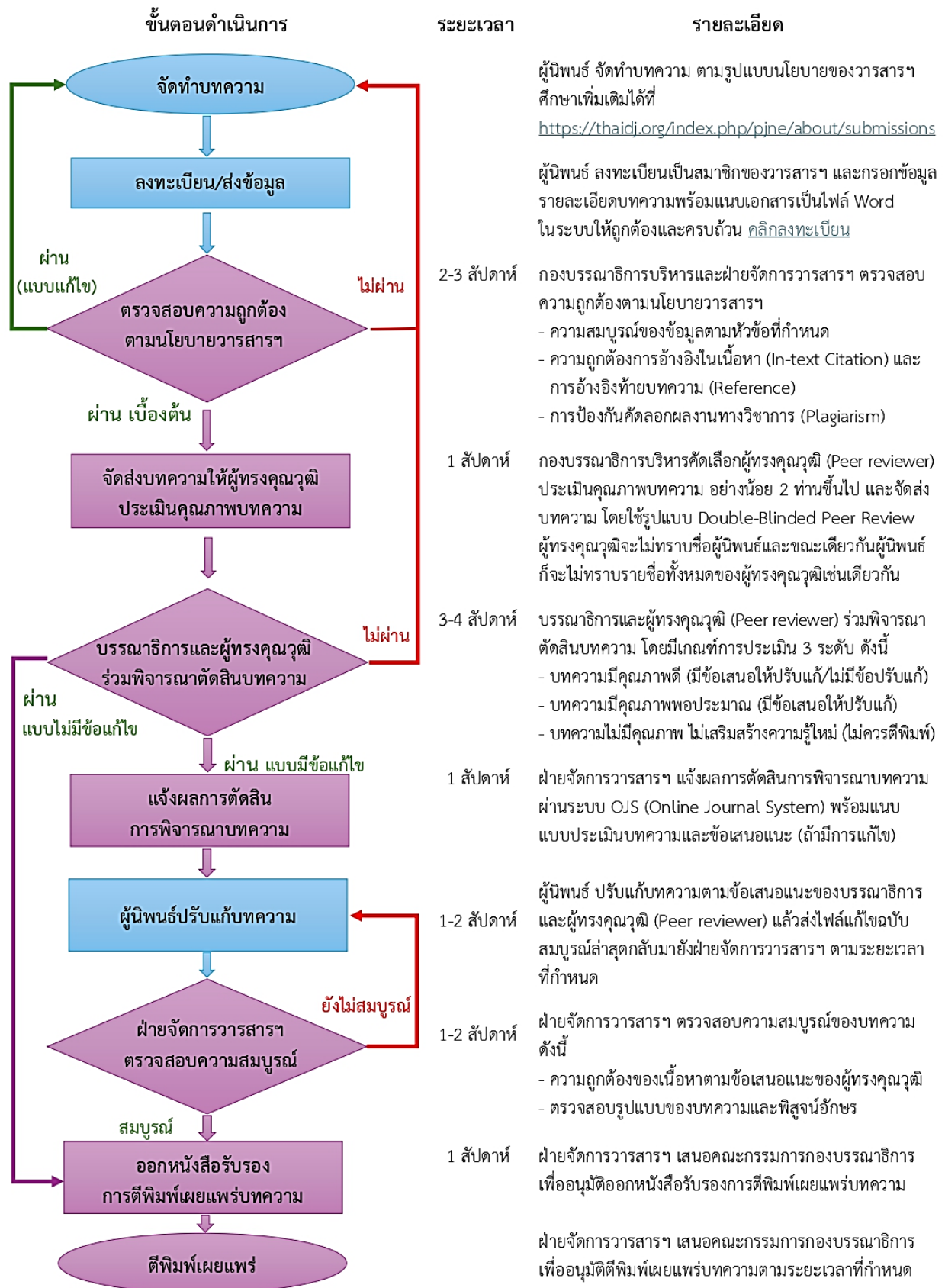
6.4 เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เปราะบาง (Respect for vulnerable persons) ความหมายของผู้อ่อนด้อย เปราะบาง คือ บุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับ ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ป่วยหมดสติ (Comatose) ผู้ป่วยพิการ (Handicapped) นักโทษ (Prisoners) นักเรียน นิสิต นักศึกษา (Students) ทหาร (Soldiers) กลุ่มคนที่มีพลังอำนาจน้อย (Marginalized people) เช่น ผู้อพยพ (Immigrants) ชนกลุ่มน้อย (Ethnic minority) กลุ่มเปี่ยงเบนทางเพศ 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

Academic Article

TITLE.....(TH SARABUNPSK, BOLD, 18)

First name//Last name^{1,*},//.....² (TH sarabunPSK, 14)

¹ Affiliation....., Province..... zip code....., Thailand (TH sarabunPSK, 12)

² Public Health Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health,
Nonthaburi 11000, Thailand (TH sarabunPSK, 12)

Corresponding author; E-mail:com* (TH sarabunPSK, 12)

ABSTRACT

The purpose of this quasi – experimental research was to study the

.....

.....

.....

.....

..... The results of this study were as follows:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....(TH sarabunPSK, 16)

Keywords:;/.....; Behaviors prevention

บทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง..... (TH sarabunPSK, ตัวหนา, 18)

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

ชื่อ//นามสกุล^{1,*},//.....²

¹ สังกัด....., จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์....., ประเทศไทย

² กองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 11000, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย:com*

บทคัดย่อ

เป็นการสรุปประเด็นเนื้อหาที่เป็นแก่นสำคัญตามลำดับโครงสร้าง ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ ซึ่งอ่านแล้วต้องเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ.....

.....
.....
.....
.....

คำสำคัญ:; พฤติกรรมการป้องกันโรค; (TH sarabunPSK, 16)

(คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-5 คำ เป็นคำที่มีนัยสำคัญที่ปรากฏในชื่อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาคำความ โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก สมบูรณ์ครบถ้วน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

บทนำ (TH sarabunPSK, 16)

เป็นส่วนที่ผู้เขียนตั้งใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเรื่อง ใช้ภาษาที่กระตุ้น จูงใจผู้อ่าน ยกปัญหาที่กำลังเป็นที่สนใจมาอภิปราย ตั้งประเด็นคำถามหรือปัญหาที่ท้าทายความคิดของผู้อ่าน กล่าวถึงประโยชน์ ที่ผู้อ่านจะได้รับจากการอ่าน กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ หรือ ให้คำชี้แจงที่มาของการเขียนบทความ บอกขอบเขตของบทความเพื่อให้ผู้อ่าน ไม่คาดหวังเกินขอบเขตที่กำหนด และปูพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่านเรื่องนั้นให้แก่ผู้อ่าน.....

เนื้อหาสาระ

ใช้คำในภาษาไทย ใส่คำภาษาต่างประเทศ ไว้ในวงเล็บ เขียนคำให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของราชบัณฑิตยสถาน สะกดคำให้ถูกต้อง ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ควรตรวจทานงานไม่ให้ผิดพลาด เพราะจะเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ ผู้เขียนจะต้องเขียนอธิบายให้ผู้อ่านเกิดความกระจ่าง ใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การจัดลำดับหัวข้อการนำเสนอ การยกตัวอย่างที่เหมาะสม การนำเสนออาจประกอบด้วย การใช้ภาพวาด ภาพถ่าย แผนภูมิ ตาราง และแผนสถิติ เป็นต้น นำเสนอความคิดเห็นของผู้เขียน ด้วยการวิเคราะห์ วิจัยข้อมูลเนื้อหาสาระตามหลักวิชาการ.....

บทสรุป

มีการสรุปประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมาเขียนรวมกันไว้อย่างสั้น ๆ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไรบอกแนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ของสิ่งที่กล่าวมาว่าสามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป ควรมีการตั้งคำถามหรือให้ประเด็นทั้งท้ายกระตุ้นให้อ่านไปสืบเสาะแสวงหาความรู้ หรือคิดค้นพัฒนาเรื่องนั้นต่อไป.....

References

Khumthong C, Juntu W. (2021). Effect of Health Education Program Applied Disease Prevention and Social Support Motivation on the Behavior of Prevention of Complications from Chronic NCDs in the Elderly with Chronic Non-communicable Diseases in the Area of Muang Surin District Surin Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(1), 39-48.

เอกสารอ้างอิง (References) เขียนเป็นภาษาอังกฤษ โดยใช้รูปแบบ American Psychological Association 7th edition ตามที่วารสารฯ กำหนด สามารถดาวน์โหลดได้ที่ประกาศหน้าเว็บไซต์วารสาร หรือได้ที่ https://drive.google.com/file/d/1-Kvb_EsrhG-oEyGeryn2xphZDhnHScRC/view?usp=drive_link

Original Article

TITLE.....(TH SARABUNPSK, BOLD, 18)

First name//Last name^{1,*},//...../² (TH sarabunPSK, 14)

¹ Affiliation....., Province..... zip code....., Thailand (TH sarabunPSK, 12)

² Public Health Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health,
Nonthaburi 11000, Thailand (TH sarabunPSK, 12)

Corresponding author; E-mail:com* (TH sarabunPSK, 12)

ABSTRACT

The purpose of this quasi – experimental research was to study the

.....

.....

.....

.....

..... The results of this study were as follows:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....(TH sarabunPSK, 16)

Keywords:;/.....; Behaviors prevention

บทนำ (TH sarabunPSK, 16)

ส่วนแรกของบทนำ จะเป็นการกล่าวถึงที่มาและความสำคัญของปัญหา คือ การกล่าวถึงสภาพปัจจุบัน เป็นสภาพทั่วไปในสิ่งที่สนใจการศึกษาโดยรวมเป็นอย่างไรก่อนที่จะกล่าวถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น จะเป็นการระบุถึงแนวทางแก้ไขปัญหา และทำการสรุปที่มาและความสำคัญของปัญหา รวมถึงการกล่าวสรุปถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย.....

(อธิบายความสำคัญโดยอ้างอิงทฤษฎี ที่มาและความสำคัญของปัญหาชัดเจน และให้เหตุผลเชิงวิชาการนำไปสู่การวิจัย)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การเขียนวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นการกล่าวถึงคำถามที่นำไปสู่คำตอบของปัญหาการวิจัยในหัวข้อเรื่องนั้น ๆ ระบุหรือกำหนดประเด็นในการทำวิจัย

1.
2.
3.

(แสดงตัวแปรที่ศึกษาเจาะจงชัดเจน มองเห็นความสัมพันธ์ของตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามวิจัยกับวัตถุประสงค์)

วิธีดำเนินการวิจัย

การกำหนด วิธีการ กิจกรรมต่าง ๆ พื้นที่ที่ใช้การวิจัย ระยะเวลาที่ทำการศึกษา และรายละเอียดการวิจัยที่ผู้วิจัยจะต้องทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล เช่น

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

.....

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

.....

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

.....

4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล

.....

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

.....

(มีแบบแผนการวิจัยและแสดงขั้นตอนชัดเจน มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มีการแสดงรายละเอียดเครื่องมือ วิธีการเก็บข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ)

สรุปผลการวิจัย

การสรุปผลเป็นการรวบรวมนำผลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้แปลความหมายไว้แล้วมาเขียนสรุปเป็นข้อ ๆ เพื่อตอบคำถามต่อปัญหาวิจัย การเขียนสรุปผลนี้ ควรเขียนให้มีลำดับสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือสมมติฐานการวิจัย

.....

.....

(ตัวอย่างตาราง/ข้อมูลในตารางเป็นภาษาอังกฤษ)

Table 1 Compare average knowledge scores perception of violence perception of opportunities, risks, expectations self-efficacy and preventive behavior for coronavirus disease 2019 within the experimental and control groups after the experiment

Variable	Sample size (n)	Mean $\pm$ SD	Average of the difference ($\bar{x}_{diff}$)	Standard deviation of the difference (SD_{diff})	Numerical criteria = 0 95% confidence interval of the mean difference (95%CI for $\bar{x}_{diff}$)	p-value
Knowledge about disease prevention						
Experimental group	33	11.91 $\pm$ 0.91	1.30	0.25	0.79 - 1.81	< .001*
Control group	33	10.61 $\pm$ 1.14				
Perception of the severity of the disease						
Experimental group	33	11.42 $\pm$ 1.27	0.75	0.27	0.20 - 1.30	< .001*
Control group	33	10.67 $\pm$ 0.92				
Recognition of risk opportunities for disease prevention						
Experimental group	33	23.88 $\pm$ 2.05	4.43	0.47	3.50 - 5.37	< .001*
Control group	33	19.45 $\pm$ 1.75				
Expectations for disease prevention						
Experimental group	33	34.09 $\pm$ 0.88	7.36	0.51	6.35 - 8.37	< .001*
Control group	33	26.73 $\pm$ 2.78				
Perception of one's own abilities						
Experimental group	33	25.15 $\pm$ 0.97	5.39	0.28	4.84 - 5.94	< .001*
Control group	33	19.76 $\pm$ 1.25				
Disease prevention behavior						
Experimental group	33	27.58 $\pm$ 1.93	2.97	0.42	2.13 - 3.81	< .001*
Control group	33	24.61 $\pm$ 1.43				

* Statistical significance at the .05 level

อภิปรายผล

อภิปรายผลประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยนำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาอ้างอิงสนับสนุนผลการวิจัย

(มีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบว่าสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยที่มีอยู่ก่อนตามหลักวิชาการ)

สรุปผล

องค์ความรู้ใหม่ที่ผู้วิจัยค้นพบ หรือองค์ความรู้ที่ดีกว่าหรือแตกต่างจากองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่อย่างไร.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

.....

.....

.....

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

.....

.....

.....

References

Khumthong C, Juntu W. (2021). Effect of Health Education Program Applied Disease Prevention and Social Support Motivation on the Behavior of Prevention of Complications from Chronic NCDs in the Elderly with Chronic Non-communicable Diseases in the Area of Muang Surin District Surin Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(1), 39-48.

เอกสารอ้างอิง (References) เขียนเป็นภาษาอังกฤษ โดยใช้รูปแบบ American Psychological Association 7th edition ตามที่วารสารฯ กำหนด สามารถดาวน์โหลดได้ที่ประกาศหน้าเว็บไซต์วารสาร หรือได้ที่ https://drive.google.com/file/d/1-Kyb_EsrhG-oEyGeryn2xphZDhnHScRC/view?usp=drive_link

คู่มือการอ้างอิงแบบ American Psychological Association 7th 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)	ภวนรินทร์ พุทธสมบัติ (2566) หรือ (ภวนรินทร์ พุทธสมบัติ, 2566)
ผู้แต่ง 2 คน	Last Name ¹ /and/Last Name ² /(Year) or (Last Name ¹ /and/Last Name ² , Year)	ชื่อ/นามสกุล ¹ /และชื่อ/นามสกุล ² /(ปีที่พิมพ์) หรือ (ชื่อ/นามสกุล ¹ /และชื่อ/นามสกุล ² , 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 ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของมนุษย์ (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)	ภวนรินทร์ พุทธสมบัติ (2566)
ผู้แต่ง 2 คน	Last Name ¹ /and/Last Name ² /(Year)	ชื่อ/นามสกุล ¹ /และชื่อ/นามสกุล ² /(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)	(ภูธรินทร์ พุทธสมบัติ, 2566)
ผู้แต่ง 2 คน	(Last Name ¹ /and/Last Name ² ,/Year)	(ชื่อ/นามสกุล ¹ /และชื่อ/นามสกุล ² ,/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 ทรัพย์ธรณี และคณะ, 2567)

1.4 การอ้างอิงจากบทสัมภาษณ์

ภาษาอังกฤษ
Last Name ^{Interviewee} /A./A./ (Title, October 1, 2019) or (Last Name ^{Interviewee} /A./A., /Title, October 1, 2019)
Tanyaros S. (Personal communication, October 1, 2019) or (Tanyaros S., Personal communication, October 1, 2019)
ภาษาไทย
ชื่อ/สกุล ^{ผู้ถูกสัมภาษณ์} / (ชื่อเรื่อง,/วัน/เดือน/ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล ^{ผู้ถูกสัมภาษณ์} /ชื่อเรื่อง,/วัน/เดือน/ปี)
สุวัจน์ ธีรุต (การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 ตุลาคม 2562) หรือ (สุวัจน์ ธีรุต, 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. กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ ปี เท่านั้น ถ้าชื่อเรื่องมียาวเกินไป ให้ใส่เฉพาะ คำแรก ๆ ของชื่อเรื่องเท่านั้น

1.6 การอ้างอิงราชกิจจานุเบกษา

การอ้างอิงราชกิจจานุเบกษาท้ายข้อความในเนื้อหา นั้น ให้ใช้ชื่อกฎหมายและตามด้วยปี (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 th ed.). Bangkok: Witthayapat. อรุณ จิรวัดกุล. (2553). สถิติทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
ผู้แต่ง 2 คน	Waiwanichkul N. & Udomsri C. (1992). <i>Business research methods</i> (4 th 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). <i>การจัดการความรู้สุขภาพภาคประชาชน</i> . 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.

3. วารสารแบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์	Last Name./A./A./ (Year) ./Title./Name of journal./ Volume(Issue) ./Page. ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์) ./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่) ./เลขหน้า.
กรณีไม่มีเลข DOI	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.
กรณีมีเลข DOI	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. https://doi:10.14456/nujst.2019.22
4. รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceedings)	
4.1 แบบรูปเล่มหนังสือ	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.
	Katz I., Gabayan K., & Aghajan H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. Popescu, & P. Scheunders (Eds.), <i>Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems</i> (pp. 97-108). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9 พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศมาเลเซีย และสิงคโปร์ ศึกษาโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนาวาสี (บ.ก.), <i>การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ</i> (น. 97-102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4.2 ในรูปแบบวารสาร	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
	Chaudhuri S., & 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. https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285

5. การนำเสนองานวิจัย/ การนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)	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.
	Haldrup S., Lapolla A., & 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 th Annual European Congress, Glasgow, Scotland. อนุชา แก้วพูลสุข. (30-31, มีนาคม 2558). <i>การพัฒนาออกแบบแหล่งจ่ายกระแสคงที่: เปรียบเทียบระหว่างวงจรสะท้อนกระแสและไอซี LM317</i> [Paper presentation]. การประชุมวิชาการระดับชาติวิทยาศาสตร์วิจัย ครั้งที่ 7 มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก, ประเทศไทย.
6. เว็บไซต์	Last Name./A./A./ (Year./Month/Date)./Title./ชื่อเว็บไซต์./URL ชื่อ/สกุลผู้เขียน./ (ปี/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
	Sanmaae W. (2020, September 1). <i>Tomato seed production technology</i> . Horticultural Research Institute. http://www.doa.go.th/hort/?p=18779 วิศรุต สันมาแอ. (2563, 1 กันยายน). <i>เทคโนโลยีการผลิตเมล็ดพันธุ์มะเขือเทศ</i> . สถาบันวิจัยพืชสวน. http://www.doa.go.th/hort/?p=18779
หมายเหตุ	กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.) กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก
7. ราชกิจจานุเบกษา	ชื่อกฎหมาย./ (ปี./วัน/เดือน)./ราชกิจจานุเบกษา./เล่ม/ตอนที่./หน้า/เลขหน้า.
	พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561. (2561, 10 พฤษภาคม). <i>ราชกิจจานุเบกษา</i> . เล่ม 135 ตอนที่ 33. หน้า 1-18.

เอกสารอ้างอิง

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

