



Primary Health Care Journal (Northern Edition)



วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)



ปีที่ 35 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม – สิงหาคม 2568



ISSN : 3056-9621 (print)

ISSN : 3056-963X (online)



ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2568

ที่ปรึกษา

ดร.นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.กรกฤษ ลิ้มสมบุติ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.วรรณภา ประยุกต์วงศ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.กิตติคุณ หมู่พิกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.วุฒิชัย จริยา	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.กฤตปัทธ ดันตอมรกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธัชพล เมธารัฐกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธิตินา ทวานิชเวช	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ดร.สุภากรรณ์ ดันตินันตตระกูล	มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทธนา แยมคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ดร.สุวิมล ปิยสุภกิจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
นายสมเกียรติ ศรีประสิทธิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
นางสาววัชร ศรีทอง	นักวิชาการอิสระ
ดร.ภูซังค์ อินทร์ชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ข้าราชการบำนาญ
ดร.สมนึก หงส์ชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ดร.วิสุทธิ บุญญะโสภิต	นักวิชาการอิสระ
ดร.ธัญชนก ชุมทอง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาวนงลักษณ์ วิชัยรัมย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาววันวิสา คำสัดย	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาวชนมณีกา ใจดี	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนกฉันท

กองบรรณาธิการบริหาร

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

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเพ็ญศรี โตเทศ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นายมฤคธราช ไชยภาพ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวรัชต์สุดา ช่อรัชต์	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวกฤษณา กันกลิ่น	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวนารี ยอดทอง	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางศิริลักษณ์ ช่างเนียม	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางบุญเชิด ธรรมสอน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวปภาดา เขาช้า	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม / สนใจติดต่อได้ที่

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

LINE ID : bo_em
: namfarok

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

ช่องทางการติดต่อและเผยแพร่



บทบรรณาธิการ

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2568

อุทิศ จิตเงิน

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3



สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่านครับ วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน(ภาคเหนือ) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นด้วยความมุ่งหวังที่จะเป็นเวทีในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ การวิจัย และประสบการณ์ที่มีคุณค่า ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทางวิชาการและการประยุกต์ใช้ในเชิงปฏิบัติ และเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพของผู้เกี่ยวข้อง

ฉบับนี้อุดมด้วยเนื้อหาครอบคลุมประเด็นที่หลากหลาย ทั้งเชิงทฤษฎีและเชิงประยุกต์ เพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยในปัจจุบัน อาทิเช่น 1) ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ พื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ 2) ความรอบรู้ดิจิทัลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี 3) การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการนับคาร์บ โดยกลไก อสม. และเครือข่ายชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ 4) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและ อสม. จังหวัดน่าน 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของ อสม. ตำบลบ้านกลาง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 6) ประสิทธิภาพการจัดการระดับความเสี่ยงทางการเงินในโรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นต้น และยังมีอีกหลายงานวิจัยที่ได้กล่าวเกริ่นนำไว้ ณ ที่นี้

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาในวารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน(ภาคเหนือ) ฉบับนี้ จะช่วยต่อยอดองค์ความรู้ และสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ นักวิชาการ นักวิจัย และเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจทั่วไป ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

ขอขอบคุณนักวิจัยผู้เขียนบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ร่วมกันยกระดับคุณภาพทางวิชาการ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษา ค้นคว้า และการพัฒนาโดยรวม

สารบัญ

เนื้อเรื่อง

หน้า

ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุพื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ : สุวิญา สิตะวัน, พชร สิตะวัน	1
ความรอบรู้ดิจิทัลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี : พันธะกานต์ ยืนยง, ญาณันธร กราบทิพย์, ชัยณัฐชา บุญรัตน์	10
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ : ภัศรา เรืองน้อย, ถาวร มาตั้น พร.ด.	21
สถานการณ์การฝากครรภ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิแม่คำ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา : ภัทรกร นนทรชยางกูร, ภูรินทร์ สีสุต, ซาลินี มานะยิ่ง	28
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ : นพวรรณ แก้วแดง, ถาวร มาตั้น พร.ด.	44
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ : ยุวัฒน์ฉัตร ยาโต, ถาวร มาตั้น พร.ด.	57
การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ : สาคร ไชยอำมาตย์, ปรีชา ชัยชนันท์, จิราภรณ์ ชิตตระกูล	67
การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน : ชุมพล สุทธิ, แชน อะทะไชย, อิศรภาพ มาเรือน	77
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน : ชุมพล สุทธิ, ณิชภัทร พานิช, อิศรภาพ มาเรือน	90
ประสิทธิภาพการจัดการระดับความเสี่ยงทางการเงินในโรงพยาบาลวังโป่ง : สุภาวดี ตั้งเมืองทอง	101

ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุพื้นที่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

STUDY THE PROCESS OF DEVELOPING THE QUALITY OF LIFE THE ELDERLY IN THE ELDERLY SCHOOL DEN CHAI DISTRICT, PHRAE PROVINCE

สุวิษญา สิตะวัน*, พชรี สิตะวัน

Suwitchaya Sritawan*, Patcharee Sritawan

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย

Denchai District Public Health Office

Corresponding author E-mail: n.ok.212@hotmail.com

Received: 12 May., 2025

Revised: 24 Jun., 2025

Accepted: 30 Jun., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 284 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.44, S.D. = 0.36) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.58, S.D. = 0.51) รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.54, S.D. = 0.45) และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.39, S.D. = 0.38) น้อยที่สุดคือ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.25, S.D. = 0.50) กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลักสูตรที่ใช้ จัดทำโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพกาย สุขภาพใจและสติปัญญา ประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชา คือ (1) วิชาชีวิต ความรู้ ทักษะที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 60) (2) วิชาชีพ การส่งเสริมความรู้ ทักษะด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 20) และ (3) วิชาการสร้างความรอบรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ (ร้อยละ 20) จากผลการศึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้บูรณาการความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, โรงเรียนผู้สูงอายุ

Abstract

This research aims to study the level of quality of life of the elderly and the process of improving the quality of life of the elderly in elderly schools in Denchai District, Phrae Province. The sample group was 284 people aged 60 and over who attended senior schools. The data collection tools were questionnaires and in-depth interviews. The statistics used to analyze data include frequency distribution, percentage, average, and standard deviation.

The results of the study found that the quality of life of the elderly in a moderate level ($\bar{X}$ = 3.44, S.D. = 0.36) Environmental quality of life has the highest average at a very high level ($\bar{X}$ = 3.58, S.D. = 0.51), followed by a high level of mental quality of life ($\bar{X}$ = 3.54, S.D. = 0.45) and moderate physical quality of life ($\bar{X}$ = 3.39, S.D. = 0.38), the least is the quality of life of social relations, moderate ($\bar{X}$ = 3.25, S.D. = 0.50) the process of improving the quality of life of the elderly. The curriculum used is prepared by the participation of network partners, covering both physical, mental health and intellectual aspects, consisting of 3 groups of subjects: (1) life, knowledge, knowledge, skills that are used in everyday life (60 percent), (2) professions, knowledge promotion, career skills that are suitable for the elderly (20 percent), and (3) academics to create knowledge and understanding of various issues that are beneficial to the elderly (20 percent). From the results of the results of the relevant agencies can be used to integrate cooperation in improving the quality of life of the elderly to make the operation more effective.

Keywords: Life quality of the elderly, The elderly school

บทนำ

จากสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 สัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วสำหรับประเทศไทยนั้น จำนวนผู้สูงอายุมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศซึ่งถือว่ามียอัตรการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 สำนักงานสถิติแห่งชาติคาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ.2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ จังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ ลำปาง แพร่ และลำพูน ซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุเกินร้อยละ 26 ของประชากรทั้งหมด (สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2565, กรุงเทพฯ) จังหวัดแพร่มีประชากร 314,611 คน เป็นผู้สูงอายุ 89,758 คน คิดเป็นร้อยละ 28.53 (โปรแกรม 3หมอ ณ วันที่ 24 ตุลาคม 2566) อำเภอ

เด่นชัยมีประชากร 24,926 คน เป็นผู้สูงอายุ 7,503 คน คิดเป็นร้อยละ 30.10 (โปรแกรม HDC จังหวัดแพร่ ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566) เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามนโยบายของรัฐบาลมุ่งเน้นการส่งเสริมสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของชุมชน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัย ขยายโอกาสการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ในการเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ มีสุขภาพร่างกายดี สุขภาพจิตดี ครอบครัวยุติธรรมมีความสุขมีความอบอุ่น มีสังคมที่เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต ได้รับสวัสดิการและการบริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้

อำเภอเด่นชัยมีการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุในทุกตำบล ภายใต้แนวคิดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเรียนรู้ตามอัธยาศัยบนพื้นฐานของความสุขและพึ่งพาตนเองได้ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้และนำความรู้ที่ได้รับถ่ายทอดต่อให้เพื่อนๆในชุมชน

มีเครือข่ายในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเข้ามีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ และกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัย เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุพื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

2. เพื่อศึกษากระบวนการและหลักสูตรการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 968 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane,1697) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 284 คน และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายตำบล

ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ตำบลเด่นชัย	268	79
ตำบลแม่จั่วะ	250	74
ตำบลไทรย้อย	150	44
ตำบลห้วยไร่	120	35
ตำบลปางหาวย	180	52
รวม	968	284

กลุ่มเป้าหมายการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ครูใหญ่

โรงเรียนผู้สูงอายุ คณะทำงานชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัวในปัจจุบัน และลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และ มากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best,1981:179-187) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.50-5.00) ระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.50-4.49) ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.50-3.49) ระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.50-2.49) และระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 1.00-1.49)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ตอนที่ 2 รูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ และกระบวนการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.88

2. ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่และตัวแทนผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการจัดเก็บข้อมูล และนัดหมายระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสอบถาม จนได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัย
2. มีความสมัครใจที่เข้าร่วมวิจัย
3. ไม่มีความพิการด้านการได้ยินหรือมองเห็น และการพูดที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้สูงอายุที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
2. ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่และตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน ตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัยและมีบทบาทในการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ

2. มีความสมัครใจที่เข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

หมดวาระการดำรงตำแหน่งในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัย

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขแพร่ PPH No. 003/2567 วันที่รับรอง 2 มกราคม 2567 และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับการตอบแบบสอบถามไม่มีการ ระบุชื่อ และ ข้อมูลถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.38 มีอายุ 65-65 ปี ร้อยละ 39.10 มีสถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 59.15 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40.50 มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 55.60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 77.50 และมีผู้ดูแล ร้อยละ 70

2. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.1 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุพื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยรวมและรายด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยรวมและรายด้าน

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านร่างกาย	3.39	0.38	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.54	0.45	มาก
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.25	0.50	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.58	0.51	มาก
โดยรวม	3.44	0.36	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.44$, S.D.=0.36) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58$, S.D.=0.51) รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.54$, S.D.=0.45) และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.39$, S.D.=0.36) น้อยที่สุดคือคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, S.D.=0.50)

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรายด้านและรายข้อทั้ง 4 ด้าน ผลการศึกษาดังตารางที่ 3-6

2.2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านและรายข้อ

2.2.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย จำแนกรายข้อ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพร่างกาย จำแนกรายข้อ

ข้อ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1	การเจ็บปวดทางร่างกาย	2.55	0.86	ปานกลาง
2	มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน	3.54	0.79	มาก
3	พอใจกับการนอนหลับ	3.43	0.84	ปานกลาง
4	รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.75	0.72	มาก
5	จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล	3.17	0.92	ปานกลาง
6	พอใจกับความสามารถในการทำงาน	3.56	0.83	มาก
7	สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี	3.31	0.74	ปานกลาง
โดยรวม		3.39	0.38	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกายโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.39$, S.D.=0.38) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 4 รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรผ่านไปได้ในแต่ละวัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.75$, S.D.=0.72) รองลงมาคือ ข้อ 6 พอดีกับความสามารถในการทำงาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.56$, S.D.=0.83) และ ข้อ 2 มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.54$, S.D.=0.79) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อ 1 การเจ็บปวดทางร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.55$, S.D.=0.86)

2.2.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จำแนกรายข้อ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ จำแนกรายข้อ

ข้อ	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1	รู้สึกพึงพอใจกับชีวิต	3.83	0.81	มาก
2	มีสมาธิในการทำงานได้ดี	3.57	0.68	มาก
3	รู้สึกพอใจในตนเอง	3.83	0.79	มาก
4	การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	3.85	0.79	มาก
5	มีความรู้สึกไม่ดี เช่น เหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	2.17	1.15	น้อย
6	รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	4.04	0.73	มาก
โดยรวม		3.51	0.46	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจ โดยรวม เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.51$, S.D.=0.46) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 6 รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.04$, S.D.=0.73) รองลงมาคือ ข้อ 4 การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.85$, S.D.=0.79) และข้อ 3 รู้สึกพอใจในตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.83$, S.D.=0.79) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อ 5 มีความรู้สึกไม่ดี เช่น เหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.17$, S.D.=1.15)

2.2.3 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำแนกรายข้อ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำแนกรายข้อ

ข้อ	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1	พอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	3.79	0.60	มาก
2	พอใจกับการช่วยเหลือจากเพื่อน	3.59	0.59	มาก
3	พอใจในชีวิตทางเพศ	2.40	0.99	น้อย
โดยรวม		3.25	0.53	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสัมพันธภาพทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, S.D.=0.53) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 1 พอดีกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79$, S.D.=0.60) รองลงมาคือ ข้อ 2 พอดีกับการช่วยเหลือจากเพื่อนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.59$, S.D.=0.59) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ข้อ 3 พอดีกับชีวิตทางเพศ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.40$, S.D.=0.99)

2.2.4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกรายข้อ ดังตารางที่ 6 ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกรายข้อ

ข้อ	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1	รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	3.66	0.68	มาก
2	พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย	3.94	0.77	มาก
3	มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	3.39	0.70	ปานกลาง
4	พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	3.49	0.74	ปานกลาง
5	รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน	3.46	0.70	ปานกลาง
6	มีโอกาสดูแลพักผ่อนคลายเครียด	3.64	0.76	มาก
7	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน	3.58	0.83	มาก
8	พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนได้	3.58	0.83	มาก
โดยรวม		3.58	0.51	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 2 พอดีกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.77) รองลงมาคือข้อ 1 รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.68) และ ข้อ 7 สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.83) ข้อ 8 พอดีกับการเดินทางไปไหนมาไหนได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.83) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ ข้อ 3 มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 0.70)

3. ผลการศึกษากระบวนการและหลักสูตร การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัยจำนวน 5 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนสูงอายุดำบลเด่นชัย โรงเรียนสูงอายุดำบลแม่จั่ว โรงเรียนสูงอายุดำบลปางหาว โรงเรียนผู้สูงอายุตำบล ไทรย้อย และโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลห้วยไร่ ประกอบด้วย

- 1) แนวทางการขับเคลื่อนผ่านชมรมผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาลของรัฐโดยได้ร่วมกันจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2) การกำหนดหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต 3) การจัดการศึกษาเน้นการพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ
- 4) กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุ

สนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะที่จำเป็นการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญา เนื้อหาที่ใช้ในหลักสูตร มี 3 กลุ่มวิชา ได้แก่ (1) วิชาชีวิต (ร้อยละ 60) มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน เพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เช่น เนื้อหาเรื่องการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้เรื่องสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านร่างกาย จิตใจ การนวดแผนไทย การนำหลักศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน การทำสมาธิ การถ่ายทอดภูมิปัญญา กิจกรรมเข้าจังหวะและดนตรี (2) วิชาชีพ (ร้อยละ 20) มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมความรู้ ทักษะด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การฝึกอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ ความรู้เรื่องเศรษฐกิจพอเพียงงานฝีมือต่างๆ (3) วิชาวิชาการ (ร้อยละ 20) มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อ

ผู้สูงอายุ เนื้อหาหลักสูตร กฎหมายและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุจิตอาสาเพื่อชีวิตและสังคม การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร ความรู้เรื่องโรคต่างๆ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ใน 3 เรื่อง ได้แก่ (1) การดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งสุขภาพทางกายสุขภาพทางใจ การดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ในครอบครัว การมีรายได้เสริม การบริโภคอาหารและยารักษาโรค ความจริงของชีวิต (ธรรมะ) และการใช้ชีวิตอย่างมีสติ (2) เรื่องที่ผู้สูงอายุควรรู้ ได้แก่ การใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมของผู้สูงอายุ การรับรู้ข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์ผ่านสื่อสารสนเทศ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และการสร้างความภาคภูมิใจในตนเองผ่านการะบวนการทางสังคม (3) เรื่องที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ การพัฒนาแหล่งเรียนรู้และทำกิจกรรมร่วมกัน การได้รับความน่าเชื่อถือ การยกย่องเชิดชู การให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ทักษะและประสบการณ์ตนเอง การสร้างเป้าหมายร่วมกันของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัยทั้ง 5 แห่ง

อภิปรายผล

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง แยกเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของเนตรนภา กาบมณี (2564) และคณะที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาของวิโรจน์ เรื่องสะอาด (2550) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจทางเพศอยู่ในระดับต่ำ และจากผลการศึกษาของเจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) พบว่า คุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุในจังหวัด สงขลา ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพร่างกาย และจิตใจ อยู่ในระดับสูง ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษาที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นผลมาจากการบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บริบทที่แตกต่างกันและปัจจัยต่างๆของผู้สูงอายุ อาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษากระบวนการและหลักสูตรการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า หลักสูตรที่ใช้ในการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเด่นชัย จัดทำโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและมีความครอบคลุมทั้งมิติ สุขภาพกายและสุขภาพใจและสติปัญญา ประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชา คือ (1) วิชาชีวิต ความรู้ ทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน เพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (2) วิชาชีพ แนวทางการส่งเสริมความรู้ ทักษะด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การฝึกอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ ความรู้เรื่องเศรษฐกิจพอเพียง งานฝีมือต่างๆ (3) วิชาการ การสร้างความรอบรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ หลักสูตร กฎหมายและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ จิตอาสาเพื่อชีวิตและสังคม การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร ความรู้เรื่องโรคต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของมาริษา รักษากิจ และ มาริษา จันทร์ฉาย (2564) ศึกษา รูปแบบกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า มีการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีเพื่อให้มีความครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพกาย สุขภาพใจและสติปัญญา โดยมีการจัดทำหลักสูตรการเรียนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เน้นความรู้กับการดูแลสุขภาพ เน้นความปลอดภัยด้านต่างๆด้านข่าวสาร กิจกรรมทางสังคม นันทนาการ และการสื่อสารออนไลน์ที่ทันสมัยแต่ละรูปแบบกิจกรรมมีความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดสงขลาในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และ ผู้สูงอายุมีความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ประกอบด้วย (1) การดูแลสุขภาพทางกายของตนเอง การดูแลสุขภาพทางใจ การดำเนินชีวิตความเป็นอยู่

ในครอบครัว การมีรายได้เสริม การบริโภคอาหารและยารักษาโรค และความจริงของชีวิต(ธรรมะ) และการใช้ชีวิตอย่างมีสติ (2) เรื่องที่ผู้สูงอายุควรรู้หรือน่าจะรู้ ประกอบไปด้วย การใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมของผู้สูงอายุ การรับรู้ข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์ผ่านสื่อสารสนเทศ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การสร้างความภาคภูมิใจในตนเองผ่านการะบวการทางสังคม (3) เรื่องที่ควรเพิ่มเติมให้กับผู้สูงอายุประกอบด้วย การพัฒนาแหล่งเรียนรู้และทำกิจกรรมร่วมกัน การได้รับความน่าเชื่อถือ การยกย่องเชิดชู การให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ทักษะและประสบการณ์ตนเอง การสร้างเป้าหมายร่วมกันของผู้สูงอายุ

สรุปผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ อยู่ในระดับปานกลาง กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุมีหลักสูตรประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชา ได้แก่ (1) วิชาชีวิต เป็นความรู้และทักษะที่นำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน (2) วิชาชีพ เป็นความรู้และทักษะด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และ (3) วิชาความรู้ที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุในบริบทของตนเองและนำไปใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งบูรณาการความร่วมมือกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1.1 ควรมีการนำแนวทางและกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆโดยเฉพาะกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน เพื่อลดช่องว่างทางสังคมและลดข้อจำกัดเรื่องการเดินทางคมนาคมของผู้สูงอายุ

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรม

ผู้สูงอายุ ควรประสานความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และในด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ให้ผู้สูงอายุฝึกอาชีพที่เหมาะสม การวางแผนเรื่องการออม การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในเชิงเปรียบเทียบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อที่จะทำให้ทราบข้อแตกต่าง ข้อดีและข้อเสียในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้กับชุมชนอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรายด้านเช่น วิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน วิจัยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 94-105.
- เนตรนภา กาบมณี. (2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, 27-39.
- มาริษา รักษากิจ และมาริษา จันทรฉาย. (2564). รูปแบบกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุสืบค้นเมื่อ วันที่ 2 กรกฎาคม 2567
- วิโรจน์ เรื่องสะอาด.(2550). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพัฒนา โครงการบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่.
- Yamane, T. (1967). *Statistics an introductory analysis*. Tokyo: Harper and Row.

ความรอบรู้ดิจิทัลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

DIGITAL LITERACY AFFECTING THE WORK PERFORMANCE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN MUEANG PATHUM THANI DISTRICT, PATHUM THANI PROVINCE

พันธะกานต์ ยืนยง^{1*}, ญาณันธร กราบทิพย์², ชัญญชชา บุญรัตน์¹

Phanthakan Yuenyong^{1*}, Yananthorn Krabthip², Channutchcha Boonrat¹

¹สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

¹Department of Public Health Faculty of Allied Health Science, Pathum thani University

²Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajachanok Institute

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

Received: 27 May., 2025

Revised: 8 Jul., 2025

Accepted: 14 Jul., 2025

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ดิจิทัล หรือทักษะความเข้าใจ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นทักษะด้านดิจิทัลพื้นฐานที่จะเป็นตัวช่วยสำคัญในการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการทำงานร่วมกันกับผู้อื่น การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ดิจิทัลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 325 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบสถิติไค-สแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ดิจิทัล และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.71$) ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.62$) ขณะที่ความรอบรู้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($r = .651$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และ จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าตัวแปรความรอบรู้ดิจิทัล ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า R-square เท่ากับ 0.454 เมื่อพิจารณารายตัวแปรพบว่า ความรอบรู้ดิจิทัลด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ($\beta = 0.675$, $p < 0.01$) มีผลกระทบเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการการฝึกอบรมควรเน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติงานจริง ร่วมกับการสนับสนุนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง อสม. รุ่นใหม่ และรุ่นเก่า เพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันและส่งเสริมการปรับตัวเข้าสู่การปฏิบัติงานในยุคดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน, ความรอบรู้ดิจิทัล, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

Digital literacy, defined as the skills to understand and utilize digital technology, is a fundamental digital competence crucial for effective operational performance, communication, and collaboration. This analytical cross-sectional study aimed to investigate the Affecting to the work performance of Village Health Volunteers (VHVs) in Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province. The sample consisted of 325 VHVs from Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province, with the sample size determined using the Krejcie & Morgan formula at a 95% confidence level. The research instrument was a questionnaire comprising sections on demographic background, digital literacy, and operational performance of VHVs. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square test, Pearson's product-moment correlation coefficient, and predictive power analysis through stepwise multiple regression analysis.

The study findings revealed that both the digital literacy ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.71$) and operational performance ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.62$) of VHVs were at a high level. Digital literacy, as a whole, showed a high positive correlation with operational performance ($r = .651$, $p < 0.01$), indicating statistical significance. Furthermore, multiple regression analysis revealed that the "adaptability to digital change" dimension of digital literacy significantly explained the variance in VHVs' operational performance at the 0.05 level of significance, with an R-square value of 0.454. When examining individual variables, digital literacy concerning adaptability to digital change ($\beta = 0.675$, $p < 0.01$) had a significant positive impact on VHVs' operational performance.

Relevant agencies should prioritize implementing practical training workshops focused on the direct application of digital health technologies in real-world operations. This should be combined with promoting activities that facilitate experience sharing between new and experienced VHVs to foster mutual learning and enhance their adaptation to digital operations effectively.

Keyword: Work Performance, Digital Literacy, Village Health Volunteers

บทนำ

ในปัจจุบัน โลกได้ก้าวเข้าสู่ ยุคเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเต็มตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจากการทำงานแบบอะนาล็อกไปสู่ระบบดิจิทัล ส่งผลให้ทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ จำเป็นต้องปรับตัวเพื่อนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด แม้ว่าประเทศไทยจะมีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาประเทศอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับระดับโลก (ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ, กษิติศ ครุฑทางคะ และคณะ, 2565) ทว่าทิศทางการนี้ยังคงสอดคล้องกับ หมายเหตุของแผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างผู้ประกอบการอัจฉริยะยุคใหม่ที่สามารถปรับตัวและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ภาคสาธารณสุข เทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ทำให้ประชาชนจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของตนเอง ในฐานะผู้ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคให้กับประชาชนในพื้นที่ภายใต้คำขวัญ “แก้ข่าวร้ายกระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงาน สาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี” (ดวงกมล กักอึ้ง และ จรัสพงศ์ คลังกรณ, 2567) นอกจากนี้ อสม. ยังมีส่วนสำคัญในการลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น รวมถึงเป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบาย ข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุข ตลอดจนการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล และเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนานโยบาย อสม. 4.0 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อยกระดับ อสม. ให้มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน และให้เป็น “หมอคนที่ 1” ตามนโยบาย 3 หมอ (ศูนย์บริการข้อมูลภาครัฐเพื่อประชาชน, 2565) อสม. 4.0 คือผู้ที่สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างคล่องแคล่ว มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และมีจิตอาสาเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ นโยบายนี้มุ่งพัฒนาทักษะ ความรอบรู้ดิจิทัล (Digital literacy) ของ อสม. ผ่านการสื่อสารดิจิทัล เพื่อส่งเสริมสนับสนุนบทบาทของ อสม. ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (ฉลองรัฐ ทองกันทา และนิพนธ์ แก้วตาย, 2565) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเข้ากับการปฏิบัติงาน เช่น การใช้แอปพลิเคชัน “สมาร์ท อสม.” หรือโปรแกรมอื่นๆ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จะช่วยให้การสื่อสารข้อมูลถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างทั่วถึงและมีสุขภาพที่ดีขึ้น (พันระกานต์ ยืนยง, ญาณันธร กราบทิพย์ และคณะ, 2567)

ความรู้รอบรู้ดิจิทัล หรือทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จึงเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญยิ่งในการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการทำงานร่วมกันในยุคปัจจุบัน เพราะช่วยให้ “ทำน้อย ได้มาก” (Work less but get more impact) อีกทั้งยังสร้างคุณค่า (Value

Co-creation) และความคุ้มค่าในการดำเนินงาน (Economy of Scale) เพื่อก้าวสู่การเป็นประเทศไทย 4.0 อย่างสมบูรณ์ (พิทักษ์ ศรีสุข และวิชัย จันทรประดิษฐ์, 2563) อย่างไรก็ตาม ในอำเภอเมืองปทุมธานี ซึ่งมี อสม. จำนวน 2,086 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, 2567) ยังคงเผชิญกับปัญหาที่ อสม. จำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีในอดีต ยังไม่สามารถรายงานผ่านสมาร์ทโฟนได้อย่างถูกต้อง หรือไม่สามารถจัดทำและส่งรายงานได้เลย ซึ่งส่งผลให้ขาดความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง และทำให้การปฏิบัติงานเชิงรุกไม่บรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน, 2567)

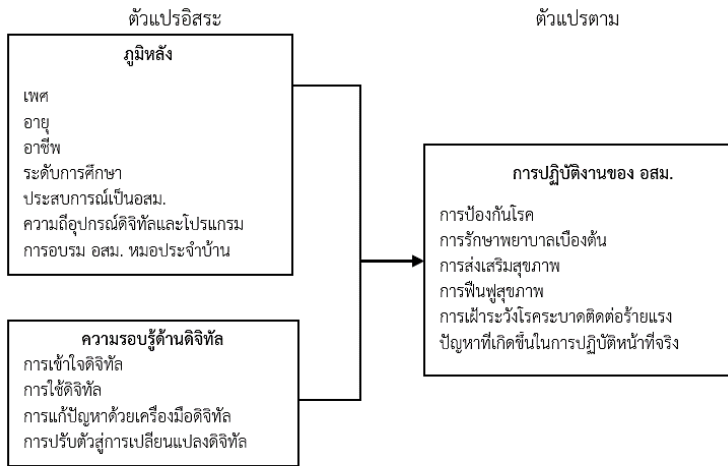
จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษา ความรอบรู้ดิจิทัลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. 4.0 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้วยการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารและการจัดการข้อมูล ซึ่งจะนำไปสู่การประสานงานและการรายงานผลที่รวดเร็วและแม่นยำ รวมถึงเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานของ อสม. เพื่อให้พวกเขาสามารถแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อสถานการณ์ด้านสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด อันจะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้รอบรู้ดิจิทัล และการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังความรู้รอบรู้ดิจิทัล และการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

3. เพื่อศึกษาความรอบรู้ดิจิทัลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2,086 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, 2567) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้เท่ากับ 325 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple Random Sampling) โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Proportional Stratified Random Sampling) ตามด้วยจัดสรรเป็นสัดส่วนกับขนาดของประชากร ตามลำดับรหัสของอสม. จากนั้นนำบัญชีรายชื่ออสม.แต่ละตำบลมาทำการสุ่มโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนให้ครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างตามพื้นที่รับผิดชอบของ อสม.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์

จากแนวคิดทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามภูมิหลัง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เป็นอสม. ความถี่ในการใช้อุปกรณ์ดิจิทัลและโปรแกรม การอบรมอสม. หมอประจำบ้าน โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นการเติมข้อความลงในช่องว่างและการเลือกตอบจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ดิจิทัล ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การใช้เครื่องมือและซอฟต์แวร์ การรู้ข้อมูลสารสนเทศและข้อมูลการสื่อสารและความร่วมมือ ความปลอดภัยการใช้ข้อมูลสารสนเทศและข้อมูล และการแก้ไขปัญหาและสมรรถนะที่สัมพันธ์กับการทำงาน ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ดังนี้ ลักษณะข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1,2,3,4 และ 5 คะแนน ตามลำดับการแปลความหมายของคะแนนความรอบรู้ดิจิทัล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Best,1981) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การเฝ้าระวังโรคระบาดติดต่อร้ายแรง ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติหน้าที่จริง จำนวน 35 ข้อ ดังนี้ ลักษณะข้อคำถาม มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1,2,3,4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ การแปลความหมายของคะแนนการปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Best,1981) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อความถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ความสอดคล้องดังกล่าวใช้ ดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.98

หลังจากแบบสอบถามผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างนักร้องที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา สำหรับ ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.98 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงระดับความรู้ความรอบรู้ดิจิทัลและการปฏิบัติงานของ อสม. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลภูมิหลังกับระดับความรู้ดิจิทัล รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ดิจิทัลกับการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และ สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

การแปลผลความสัมพันธ์โดยการแสดงเครื่องหมาย + หมายถึงการแปรผันตามกัน และเครื่องหมาย - หมายถึงแปรผกผันกันซึ่งมีเกณฑ์

การแปลผล (Bartz, 1999 อ้างถึงใน สมถวิล วิจิตรวรรณ, 2565) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ความหมาย
0.81 ถึง 1.0	สูงมาก
0.61 ถึง 0.80	สูง
0.41 ถึง 0.60	ปานกลาง
0.21 ถึง 0.40	ต่ำ
0.0 ถึง 0.20	ต่ำมาก

3. การวิเคราะห์ความรอบรู้ดิจิทัลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยใช้ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยปทุมธานี โครงการวิจัยที่ 022/2567 วันที่ 9 มกราคม 2568 – 9 มกราคม 2569 ผู้วิจัยได้ยึดมั่นในหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัยที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลาอย่างละเอียดแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยได้จัดทำหนังสือชี้แจงข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent Form) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามด้วยความสมัครใจและปราศจากการบังคับ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับอย่างสูงสุด โดยใช้การใช้การเก็บข้อมูลในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวและไม่ให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่กลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาการวิจัย

ผลการวิจัย

ภูมิหลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยภาพรวม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.80 อายุสูงสุด 82 ปี อายุต่ำสุด 31 ปี และอายุเฉลี่ย 62.73 ปี ส่วนใหญ่

ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.90 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.30 ประสบการณ์การเป็นอสม.สูงสุด 43 ปี ประสบการณ์การทำงานต่ำสุด 1 ปี และประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 18.53 ปี ส่วนมากมีหรือใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน ร้อยละ 94.50 และมีการใช้เป็นประจำ ร้อยละ 45.80 โดยส่วนมากผ่านการอบรม อสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 88.00

ความรอบรู้ดิจิทัล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยภาพรวมพบว่า ความรอบรู้ดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.71) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการ

ปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ($\bar{X} = 3.64$, S.D. = 0.73) รองลงมา ด้านการเข้าใจดิจิทัล ($\bar{X} = 3.63$, S.D. = 0.69) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการแก้ไขปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ($\bar{X} = 3.54$, S.D. = 0.81)

การปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยภาพรวมพบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.63$, S.D. = 0.62) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.74) รองลงมา ด้านการป้องกันโรค ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.73) และ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.76) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรอบรู้ดิจิทัล และการปฏิบัติงาน (n=325)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้ดิจิทัล			
การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล	3.64	0.73	มาก
การเข้าใจดิจิทัล	3.63	0.69	มาก
การใช้ดิจิทัล	3.62	0.79	มาก
การแก้ไขปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล	3.54	0.81	มาก
ภาพรวม	3.61	0.71	มาก
การปฏิบัติงาน			
การรักษาพยาบาลเบื้องต้น	3.71	0.74	มาก
การป้องกันโรค	3.68	0.73	มาก
การฟื้นฟูสุขภาพ	3.65	0.73	มาก
การเฝ้าระวังโรคระบาดติดต่อร้ายแรง	3.62	0.73	มาก
การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติหน้าที่จริง	3.58	0.65	มาก
การส่งเสริมสุขภาพ	3.55	0.76	มาก
ภาพรวม	3.63	0.62	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เป็น อสม. และความถี่ในการใช้อุปกรณ์ดิจิทัลและแอปพลิเคชัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี (n=325)

ภูมิหลัง	การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน			χ^2	df	p-value
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
เพศ						
ชาย	19 (27.50)	50 (72.50)	0 (0.00)			0.002**
หญิง	126(49.20)	130 (50.80)	0 (0.00)			
อายุ						
น้อยกว่า 40 ปี	10(100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	41.627*	4	<0.001
41 - 50 ปี	14 (53.80)	12 (46.20)	0 (0.00)			
51 - 60 ปี	24 (32.00)	51 (68.00)	0 (0.00)			
61 - 70 ปี	81 (57.00)	61 (43.00)	0 (0.00)			
70 ปีขึ้นไป	16 (22.20)	56 (77.80)	0 (0.00)			
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ / ข้าราชการบำนาญ	75 (39.70)	114 (60.30)	0 (0.00)	27.141*	3	<0.001
เกษตรกรกรรม	0 (0.00)	18 (100.00)	0 (0.00)			
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	38 (62.30)	23 (37.70)	0 (0.00)			
รับจ้าง	32 (56.10)	25 (43.90)	0 (0.00)			
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	37 (31.40)	81 (68.60)	0 (0.00)	29.948*	4	<0.001
มัธยมศึกษาตอนต้น	33 (40.20)	49 (59.80)	0 (0.00)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	44 (61.10)	28 (38.90)	0 (0.00)			
อนุปริญญา / ปวส.	11 (39.30)	17 (60.70)	0 (0.00)			
ปริญญาตรี	20 (80.00)	5 (20.00)	0 (0.00)			
ประสบการณ์เป็นอสม.						
น้อยกว่า 10 ปี	45 (39.10)	70 (60.90)	0 (0.00)	20.692*	3	<0.001
11 – 20 ปี	53 (60.90)	34 (39.10)	0 (0.00)			
21 – 30 ปี	36 (50.00)	36 (50.00)	0 (0.00)			
30 ปีขึ้นไป	11 (22.90)	37 (77.10)	0 (0.00)			
ความถี่อุปกรณ์ดิจิทัลและ แอปพลิเคชัน						
ไม่ค่อยได้ใช้	17 (45.80)	20 (54.10)	0 (0.00)	22.055*	3	<0.001
ใช้บางครั้ง	16 (29.60)	38 (70.40)	0 (0.00)			
ใช้บ่อย	26 (30.60)	59 (69.40)	0 (0.00)			
ใช้ประจำ	86 (57.70)	63 (42.30)	0 (0.00)			

ภูมิภาค	การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน			χ^2	df	p-value
	หมู่บ้าน					
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
ประวัติการอบรม อสม. หมอประจำบ้าน						
ผ่านการอบรม	133(46.50)	153 (53.50)	0 (0.00)			0.085
ไม่ผ่านการอบรม	12 (30.80)	27 (69.20)	0 (0.00)			

*Chi-square test

**Fisher's exact test

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ดิจิทัลภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($r = .651$) เมื่อพิจารณาความรู้ดิจิทัลรายด้าน พบว่า ความรู้ดิจิทัลทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานีเรียงตามลำดับ ดังนี้ การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ($r = .675$) การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล ($r = .634$) การใช้ดิจิทัล ($r = .593$) และการเข้าใจดิจิทัล ($r = .539$) และ ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ดิจิทัลกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

ความรู้ดิจิทัล	การปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล	.675**	< .001	สูง
การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล	.634**	< .001	สูง
การใช้ดิจิทัล	.593**	< .001	ปานกลาง
การเข้าใจดิจิทัล	.539**	< .001	ปานกลาง
ภาพรวม	.651**	< .001	สูง

**นัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ความรู้ดิจิทัล ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Stepwise พบว่าความรู้ดิจิทัล ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ร้อยละ 45.6 ($R^2=0.456, F=270.341$) โดยพบว่า ความรู้ดิจิทัล ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานของ อสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.675, p < 0.01$ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาอำนาจการทำนายความรอบรู้ดิจิทัล ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Stepwise

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	t	p-value
การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล	0.573	0.675	16.442**	<0.001
Constant = 1.553, $R^2 = 0.456$, $R^2_{adj} = 0.454$ SEE=0.459 p-value < 0.001				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง และความรอบรู้ดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี อาจเนื่องมาจากในปัจจุบัน การปฏิบัติงานของ อสม. ต้องมีการใช้เทคโนโลยีในการรายงานข้อมูลสุขภาพในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการส่งรายงาน อสม. 1 การส่งรายงานลูกข่ายง่าย ๆ การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน รวมถึงการบันทึกกิจกรรมนักรับของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบว่า การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลง และการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัลเป็นด้านที่มีความสัมพันธ์มาก สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนา อสม. 4.0 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554) ที่อธิบาย อสม. ต้องมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับการใช้งานเทคโนโลยี รวมถึงการสื่อสารและเรียนรู้ รวมไปถึงการรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ใหม่ๆ ได้อย่างถูกต้องด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล และพบว่า อสม. จะมีตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงาน และพัฒนาความรู้และทักษะควบคู่ไปกับการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของปวีณา กุมาร (2568) ที่พบว่า อสม. จะเกิดองค์ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม ลดปัญหาและข้อผิดพลาดในการกรอกรายงานผลการปฏิบัติงานในการบันทึกแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) โดยสามารถตรวจสอบได้จากการตรวจสอบประวัติการส่งรายงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของไพฑูรย์ เสริมศิริมงคล (2567) ที่พบว่า การใช้เทคโนโลยี และ

เครื่องมือในแอปพลิเคชันสมาร์ตอสม. เพื่อการให้ความรู้ และส่งต่อข้อมูลทำให้การประสานความช่วยเหลือและการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2567) ที่พบว่า การเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้อสม. สามารถปรับตัว และใช้เทคโนโลยีในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน และนอกจากนี้จากการศึกษา ยังพบอีกว่า ความรอบรู้ดิจิทัล ด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี อธิบายได้ว่า อสม. มีการใช้งานแอปพลิเคชัน สมาร์ต อสม. มาระยะหนึ่งทำให้การปรับตัวสามารถทำได้ค่อนข้างดี อีกทั้งภายหลังสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลต่อการปรับตัว เปลี่ยนแปลงรวมถึงการเตรียมความพร้อมต่อการเข้าสู่ยุคดิจิทัล สอดคล้องกับการศึกษาของวิเชียร เทียนจารุวัฒนา (2564) ที่พบว่า การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะ อสม. เพื่อรองรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งโรคอุบัติใหม่ เช่น COVID-19 ในปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัล และการพัฒนาตามบทบาทและหน้าที่ของ อสม. ในการถ่ายทอดความรู้ ประชาสัมพันธ์ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของรัฐพล กองพอด และประสงคชัย เศรษฐสุรวิชัย (2564) ที่พบว่า อสม. มีทักษะในการค้นหา เข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพจาก

แอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. โดยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ ด้านสุขภาพนั้นเป็นทักษะที่สำคัญในยุคดิจิทัล ช่วยให้ อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพิเชษฐ์ ไกรวงศ์ (2568) ที่พบว่า รูปแบบการดำเนินงาน มีความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ในการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลเพื่อเพิ่มเสถียรภาพ และการออกแบบระบบสื่อสารเพื่อให้ อสม. สามารถถ่ายทอดข้อมูลไปยังชุมชนได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษพบว่าความรอบรู้ดิจิทัล โดยเฉพาะในด้านการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัลและการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งนี้ การฝึกอบรมควรเน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติงานจริง เช่น การใช้งานแอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” การรายงานข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ และการเตรียมความพร้อมรับมือกับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีความไม่มั่นใจในการใช้เทคโนโลยี ดังนั้น จึงควรสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น แอปพลิเคชัน โปรแกรมเฉพาะ หรือแพลตฟอร์มที่เข้าถึงง่าย ร่วมกับการสนับสนุนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง อสม. รุ่นใหม่และรุ่นเก่า เพื่อสร้าง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือ อสม. ยุคใหม่*. https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-09-07-11-21-93471516.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). *รายงานจำนวน อสม. แยกตามอำเภอ*. <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000S8.php>

การเรียนรู้ร่วมกันและส่งเสริมการปรับตัวเข้าสู่การปฏิบัติงานในยุคดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. นอกเหนือจากความรอบรู้ดิจิทัล ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงภาพรวมของการปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อาจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ดิจิทัลและการปฏิบัติงานของ อสม. ระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท เพื่อทำความเข้าใจถึงความแตกต่างของบริบทและอุปสรรคเฉพาะพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบนโยบายหรือแนวทางสนับสนุนที่เหมาะสมกับความต้องการและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. ควรพิจารณาใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ซึ่งจะช่วยให้สามารถเข้าใจบริบทของการปฏิบัติงานและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้นกว่าการวิจัยเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จะเปิดโอกาสให้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับมุมมอง ประสบการณ์ ความรู้สึก และอุปสรรคที่ อสม. เผชิญในการใช้เทคโนโลยีและการปฏิบัติงานจริง

- ฉลองรัฐ ทองกันทา และนิพนธ์ แก้วต่าย. (2565). การสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุค 4.0 อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 17(1), 30-40.
- ดวงกมล กักอึ้ง และ จรัสพงศ์ คลังกรณ์. (2567). นโยบายการพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*, 8(1), 440-452.
- ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 34(3), 53-63.
- ปวีณา กุมาร. (2568). ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) เพื่อขอรับค่าป่วยการ อสม. อำเภอเมืองปทุมธานี อุตดิตถ์ จังหวัดอุตดิตถ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์*, 6(1), 144-160.
- พันธะกานต์ ยืนยง, ญาณันธร กราบทิพย์, กนกกร จงประสิทธิ์, และคณะ. (2567). ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกในการใช้งานแอปพลิเคชัน “อสม. ออนไลน์” ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแสนสุข อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(1), 113-126.
- พิทักษ์ ศรีสุข และ วิชัย จันทรประดิษฐ์. (2563). การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานสาธารณสุขชุมชน. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 29(2), 123-135.
- พิเชษฐ์ ไกรวงศ์. (2568). ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพการใช้งาน Smart อสม. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 21(1), 73-82.
- ไพฑูรย์ เสริมศิริมงคล, พระปลัดประพจน์ อยู่สำราญ, และ พระมหาบุญเลิศ ช่วยธานี. (2567). อสม. 4.0: การพัฒนาศักยภาพเพื่อการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้นแบบในตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารศิลปศาสตร์ราชชมงคลสุวรรณภูมิ*, 6(3), 864-877.
- ภัทร์พิชชา ครุฑทางคะ, กษิตศิ ครุฑทางคะ, จงจิตร รัมย์ธวัช, และ เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์. (2565). การเปรียบเทียบความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15(2), 251-265.
- รัฐพล กองพอด และประสงค์ชัย เศรษฐสุวิชัย. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดกาฬสินธุ์: กรณีศึกษาแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. *วารสารกฎหมายและนโยบาย สาธารณสุข*, 10(3), 545-566.
- วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และ สายสมร วชิระประพันธ์. (2564). แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 353-366.
- สมถวิล วิจิตรวรรณ. (2565). สถิติความสัมพันธ์: เลือกใช้อย่างไร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์*, 8(2), 1-15.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสาม พ.ศ. 2566 – 2570*. https://www.nesdc.go.th/download/Plan13/Doc/Plan13_DraftFinal.pdf.
- ศูนย์บริการข้อมูลภาครัฐเพื่อประชาชน. (2565). *กระทรวงสาธารณสุข เปิดเผย 4 แนวทาง พัฒนา “อสม.”*. <https://www.gcc.go.th/2022/10/13/กระทรวงสาธารณสุข-เปิด-115/>.
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. Prentice-Hall.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ FACTORS RELATED TO ORAL HEALTH CARE BEHAVIOR OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEER IN BANKLANG SUB-DISTRICT, LOMSAK DISTRICT, PHETCHABUN PROVINCE

ภัศรา เรืองน้อย*, ถาวร มาตัน ปร.ด.

Patsara Ruangnoi*, Tavorn Maton Ph.D.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240

Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

Corresponding author E-mail: bpatsara.rn@gmail.com

Received: 21 May., 2025

Revised: 17 Jul., 2025

Accepted: 21 Jul., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 196 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.50 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.70 และมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.30 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ ของ อสม. ได้แก่ อายุ ($r = 0.167$, $p\text{-value} = 0.020$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ ($r = 0.206$, $p\text{-value} = 0.004$) ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพให้แก่ อสม.อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้นซึ่งจะส่งผลทำให้ อสม. มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นด้วย

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ, ความรู้, ทัศนคติ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This study employed a survey research design with the objective of examining the factors associated with oral health care behaviors among village health volunteers (VHVs). The study sample comprised 196 VHVs from Banklang Subdistrict, Lom Sak District, Phetchabun Province. Data were collected using a questionnaire that was validated for content by experts and demonstrated a reliability coefficient of 0.76. Data were analyzed using frequency distribution,

percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's correlation coefficient, with the statistical significance level set at 0.05.

The results revealed that the majority of VHVs possessed a moderate level of knowledge regarding oral health care (50.50%), a moderate level of attitude toward oral health care (58.70%), and a moderate level of oral health care behavior (65.30%). Factors found to be significantly associated with oral health care behavior included age ($r = 0.167$, $p\text{-value} = 0.020$) and knowledge regarding oral health care ($r = 0.206$, $p\text{-value} = 0.004$).

Therefore, it is recommended that public health personnel continuously enhance VHVs' knowledge of oral health care. Improving their knowledge may contribute to the adoption of more appropriate oral health care behaviors.

Keywords: Oral health care behaviors, Knowledge, Attitudes, Village Health Volunteers

บทนำ

"สุขภาพช่องปากเป็นประตูสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี" ทั้งด้านกายภาพ (Physical) และด้านจิตใจ (Psychological) ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านบุคลิกภาพ การเข้าสังคม การพูดคุย การเคี้ยวอาหาร การรับรสอาหาร สุขภาพช่องปากเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญและดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู และต้องดูแลทุกกลุ่มวัยตลอดช่วงวัยของชีวิต โดยข้อมูลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2565 – 2566 พบว่าทุกกลุ่มอายุมีสภาวะเหงือกอักเสบสูงมาก กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 35-44 ปี เหงือกอักเสบร้อยละ 81.0 และค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีเหงือกอักเสบ เท่ากับ 3.3 ส่วนใน 6 ส่วน โดยส่วนใหญ่เหงือกอักเสบพบร่วมกับการมีหินน้ำลาย เมื่อเปรียบเทียบกับสภาวะปริทันต์ในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุพบปัญหาความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ที่มีร่องลึกปริทันต์ในกลุ่มอายุ 60-74 ปีมากที่สุด คือมีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. ร้อยละ 30.0 และ ร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป ร้อยละ 18.7 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2567) กลุ่มวัยทำงานอายุ 35 - 44 ปี ปัญหาหลักที่พบคือการสูญเสียฟัน โดยพบวัยทำงานมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 83.9 เฉลี่ย 3.5 ซี่ต่อคน และมีภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 81.0 โดยร้อยละ 51.8 เกิดร่วมกับหินน้ำลาย และไปรับบริการทันตกรรม

จากโรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน (สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2567)

ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ยังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่ง อสม.ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานและเป็นแกนนำด้านสุขภาพในชุมชน รวมถึงเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จึงสมควรที่จะได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาเรื่องดังกล่าวโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, B.S. Ed. et al., 1956) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP Model) เพื่อที่ทันตบุคลากรรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุขจะสามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมถึงประชาชนกลุ่มวัยทำงานในชุมชน เพื่อป้องกันและชะลอความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ และระดับพฤติกรรม

การดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้งหมด 19 หมู่บ้าน จำนวน 196 คน เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็ก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและแม่นยำ ผู้วิจัยจึงเลือกประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สถานบริการทันตกรรม และสิทธิการรักษา รวม 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ถูก ผิด ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ มีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ (Guskey, 2005) คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ เนื้อหาประกอบด้วย เรื่อง อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ โรคฟันผุ สาเหตุ อาการ การรักษาและการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ มีคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลระดับทัศนคติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ เนื้อหาประกอบด้วยเรื่อง การบริโภคอาหาร การทำความสะอาดช่องปาก การไปรับบริการทันตสุขภาพ การตรวจฟันด้วยตนเอง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติระดับมากที่สุดหรือสม่ำเสมอ ปฏิบัติระดับมากหรือบ่อยครั้งแต่ไม่ประจำ ปฏิบัติระดับปานกลางหรือเป็นครั้งคราว ปฏิบัติระดับน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติระดับน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติเลย การแปลผลระดับพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.67 – 1.00 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ติดต่อประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

2.ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม เพื่อขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม และจัดส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง

3.ติดตามรับแบบสอบถามคืนตามระยะเวลาที่กำหนด จนได้ครบถ้วนตามจำนวน โดยระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ มีนาคม - พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการวิจัยเลขที่ CPH-EC-051/2568 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.40 อยู่ในช่วงอายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 59.20 สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.40 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 70.90 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.70 ส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลคือมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 84.70 และเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 88.30

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน

99 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อ13 วิธีการป้องกันโรคฟันผุที่ดีที่สุดคือการแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 95.40 รองลงมาคือ ข้อ6 ฟลูออไรด์ป้องกันโรคฟันผุได้ ร้อยละ 92.90 ส่วนข้อที่ตอบน้อยที่สุดคือ ข้อ12 การรับประทานผลไม้ที่มีเส้นใยเช่น ฝรั่ง สับปะรด อ้อย แอปเปิ้ล ฯลฯ ช่วยขัดฟันและนวดเหงือกได้ ร้อยละ 44.40

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 58.70 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อ8 การตรวจสุขภาพช่องปากสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่จำเป็น ($\bar{X} = 4.44$) รองลงมาคือ ข้อ1 ฟันคนเราอยู่ได้นานตลอดชีวิตถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี ($\bar{X} = 4.32$) ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อ 2 เราควรไปอุดฟันเมื่อมีอาการปวดแล้ว ($\bar{X} = 2.89$)

ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 65.30 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ14 ทานใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในการทำความสะอาดช่องปาก ($\bar{X} = 4.34$) รองลงมาคือ ข้อ8 ทานแปรงฟันทั้งในตอนเช้าและก่อนนอนทุกวัน ($\bar{X} = 4.00$) ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อ9 ทานใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันหลังการแปรงฟัน ($\bar{X} = 2.78$)

ตาราง 1 การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำลูกก จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 196)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ		
	χ^2	P - value	แปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ	0.752*	0.247	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพ	0.719	0.661	ไม่มีความสัมพันธ์

ปัจจัย	พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ		
	χ^2	P - value	แปลผล
ระดับการศึกษา	0.178*	1.886	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	0.528*	0.443	ไม่มีความสัมพันธ์
โรคประจำตัว	0.282*	1.287	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานบริการทันตกรรม	0.243*	1.794	ไม่มีความสัมพันธ์
สิทธิการรักษา	0.212*	1.854	ไม่มีความสัมพันธ์

* Fisher's Exact Test

ผลการศึกษา พบว่า เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สถานบริการทันตกรรม และสิทธิการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ

ตาราง 2 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 196)

ปัจจัย	พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ		
	r	P - value	แปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	0.167*	0.020	มีความสัมพันธ์
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	- 0.056	0.433	ไม่มีความสัมพันธ์

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ ($r = 0.167$, P - value = 0.020) ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ

ตาราง 3 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 196)

ปัจจัย	พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ		
	r	P - value	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ	0.206*	0.004	มีความสัมพันธ์
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ	0.076	0.291	ไม่มีความสัมพันธ์

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ ($r = 0.206$, P - value = 0.004) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ ($r = 0.005$, P - value = 0.946)

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ ดลยา

พามา และเกษม ชูรัตน์ (2567) ผลการวิจัยพบว่า มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.7

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 58.70

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาภรณ์ ไตรรัตน์ และสุรเดช สำราญจิตต์ (2565) ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.73

ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 65.30 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ไตรรัตน์ และสุรเดช สำราญจิตต์ (2565) พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.82

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สถานบริการทันตกรรม และสิทธิการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ แตกต่างจากการศึกษาของสุภาภรณ์ ไตรรัตน์ และสุรเดช สำราญจิตต์ (2565) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ($r = -0.227$, $p = 0.017$)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี ($r = 0.206$, $P\text{-value} = 0.004$) สอดคล้องกับการศึกษาของดลยา พามา และเกษม ชูรัตน์ (2567) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.408$) ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้อาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากให้เพิ่มมากขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมี ($r = 0.005$, $P\text{-value} = 0.946$) แตกต่างจากการศึกษาของสุภาภรณ์ ไตรรัตน์ และสุรเดช สำราญจิตต์ (2565) ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.249$, $p = 0.009$)

สรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบ้านกลาง อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่ อายุ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สถานบริการทันตกรรม สิทธิการรักษา และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

อาจเนื่องมาจากในแต่ละปีจะมีการจัดโครงการกิจกรรมในการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์โดยการถ่ายทอดผ่านการอบรมที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในตำบลเดียวกันและจากผลการศึกษาควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้กิจกรรมปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผ่านบุคลากรสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมความรู้ทัศนคติที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้ อสม.มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องมากขึ้น สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นเครือข่ายในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรพัฒนาศักยภาพ และส่งเสริม อสม.ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

เพิ่มมากขึ้น และมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแล
ทันตสุขภาพ รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแล
สุขภาพ

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ควรมีการเรียนรู้หรือแสวงหาความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ
ดูแลทันตสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการ
ดูแลทันตสุขภาพ และมีพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพ
ที่ถูกต้อง เพื่อการมีสุขภาพดีและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่
ประชาชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมทันตสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพของประชาชน
2. ควรศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพของกลุ่มอื่นๆ เช่น นักเรียน กลุ่มวัยทำงาน ผู้สูงอายุ เพื่อนำผลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานทันตสุขภาพของชุมชน
3. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพของประชาชนในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- ดลยา พามา และเกษม ชูรัตน์. (2567). ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลปากแคว อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. ในรายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ เรื่อง “สาธารณสุขยุคใหม่ เพื่อผู้สูงวัยใส่ใจเทคโนโลยีดิจิทัล” (น. 431). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุภาภรณ์ ไตรรัตน์ และสุรเดช สำราญจิตต์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองโพ อำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์. ในการประชุมวิชาการระดับชาติ (Proceeding) ครั้งที่ 1 ประจำปี 2565 เรื่อง “ทิศทาง แนวโน้มวิจัย และนวัตกรรมทางสุขภาพหลังวิกฤตโควิด-19” (น. 55). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334.
- Bloom, B.S. (Ed.). Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., Krathwohl, D.R. (1956). *Taxonomy Of Educational Objectives, Handbook : The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc.
- Guskey, T. R., & Bloom, B. S. (2005). *Formative classroom assessment and theory research and implications*. University of Kentucky.

สถานการณ์การฝากครรภ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเมะค่า
อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ANTENATAL CARE SITUATION AND FACTORS INFLUENCING SELF-CARE BEHAVIORS
AMONG PREGNANT WOMEN ATTENDING PRIMARY CARE UNITS IN MAKHA, MUEANG DISTRICT,
NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

ภัทรกร นนทรชยางกูร¹, ภูรินทร์ สีกุด^{2,*}, ชาลิณี มานะยิ่ง³

Pattaraporn Nonthakornchayangkul¹, Poonarin Seekud², Chalinee Manaying³

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนฝรั่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

²ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

³คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

¹ Non Frang Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office

² Health Service Support Center 7, Department of Health Service Support

³ Faculty of Education, Nakhonratchasima College

Corresponding author E-mail: s.poonarin@gmail.com*

Received: 13 Jun., 2025

Revised: 22 Jul., 2025

Accepted: 29 Jul., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 91 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.77-0.88 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์สรุปอุปนัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธีการแบบ Stepwise Regression

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 25.68 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพการสมรสคู่ (ไม่จดทะเบียน) ร้อยละ 60.8 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 18,848.10 บาท ร้อยละ 78.5 ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาท อยู่ในเขตบริการ ร้อยละ 77.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ร้อยละ 40.5 เป็นการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 36.7 เป็นการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 64.0 ฝากครรภ์แรก ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60.8 อายุครรภ์เฉลี่ย 11.8 สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ มากถึงร้อยละ 62.0 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบ

การติดเชื้อหรือโรคติดต่อ (HBsAg, VDRL, HIV) ร้อยละ 98.7 มีค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 90.0 แต่ยังมีผู้มีสถานะพาหะธาลัสซีเมีย (Hb typing EA/A2A และผล DCIP บวก) ในสัดส่วนเล็กน้อย ร้อยละ 1.3 ด้านระบบการบริการคลินิกฝากครรภ์ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดำเนินงานและติดตามหญิงตั้งครรภ์ โดยเชื่อมโยงนโยบายผ่าน อสม. และให้บริการตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข แต่เผชิญข้อจำกัดด้านโครงสร้าง อุปกรณ์ และขาดบุคลากรเฉพาะทาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนาย (พยากรณ์) ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิคลินิกฝากครรภ์ และนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ สามารถอธิบายการทำนายได้ร้อยละ 50.6 ($R^2 = 0.506$)

สรุป การฝากครรภ์แรก ≤ 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่ากระทรวงสาธารณสุขกำหนด การฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ยังอยู่ในสัดส่วนที่สูง ด้านระบบการบริการคลินิกฝากครรภ์ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมียังมีข้อจำกัดด้านโครงสร้าง อุปกรณ์ และขาดบุคลากรเฉพาะทาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสม เพิ่มการอบรมความเชี่ยวชาญให้บุคลากร เพื่อความมั่นใจและผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์สามารถมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายขึ้น

คำสำคัญ: การฝากครรภ์, พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, บริการสุขภาพแม่และเด็ก

Abstract

This mixed-methods research aimed to explore the situation, problems, obstacles, and factors influencing self-care behaviors among pregnant women receiving services at primary health care units. Key informants included 12 antenatal care (ANC) service providers. The sample group consisted of 91 pregnant women selected through simple random sampling. Data collection tools included pregnancy record forms, interview guidelines, and questionnaires. The content validity of the instruments was assessed by experts, and the reliability coefficients of the reliability for questionnaires ranged from 0.77 to 0.88. Qualitative data were analyzed using content analysis and inductive summarization, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics, including Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis using the stepwise regression method.

Findings revealed that the average age of first-time pregnant women was 25.68 years. Most were in non-registered partnerships (60.8%) and used the universal healthcare scheme (78.5%). About 64.0% received antenatal care (ANC) before 12 weeks of gestation, with a mean gestational age of 11.8 weeks. However, 62.0% did not complete the recommended five ANC visits. Laboratory results showed 98.7% had no infections (HBsAg, VDRL, HIV), and 90.0% had normal hemoglobin

and hematocrit levels, while 1.3% were thalassemia carriers. The ANC services were implemented in accordance with national standards and supported by village health volunteers. However, the system faced limitations in infrastructure, equipment, and specialized personnel. Two key factors significantly predicting self-care behaviors ($p < 0.05$) were accessibility to antenatal care services and policies promoting maternal health, together accounting for 50.6% of the variance ($R^2 = 0.506$).

Conclusion: Although early ANC initiation met national standards, the rate of incomplete ANC visits was high. Strengthening health infrastructure, providing targeted training for personnel, and enhancing policy implementation could improve service quality and maternal self-care behavior.

Keywords: Prenatal care, Self-care behavior, Primary health care system, Health services accessibility, Maternal health services

บทนำ

การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ถือเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) โดยหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการด้านสุขภาพหรือได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 8 ครั้ง ตลอดระยะตั้งครรภ์ และฝากครั้งแรกในไตรมาสแรกเพื่อการประเมินสุขภาพเบื้องต้น พร้อมทั้งวางแผนดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม (WHO, 2016) ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (Health Data Center: HDC) ณ วันที่ 14 กันยายน 2565 ระบุว่า ร้อยละ 81.5 ของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ และร้อยละ 73.1 ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ ≥ 5 ครั้ง ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายฝากครรภ์คุณภาพ (HDC, 2022) ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่พบบ่อย เช่น โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.5 ในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 29.4 ในปี พ.ศ. 2565 และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 11.1 ซึ่งอาจส่งผลต่ออัตราตายมารดาและทารกระยะยาว (Dowswell et al., 2015) แม้ว่าภาพรวมในระดับประเทศจะมีแนวโน้ม

พัฒนาไปในทางที่ดี แต่ข้อมูลเฉพาะพื้นที่ตำบลห้วยทะเล อำเภอมืองนครราชสีมา ช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 พบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 25.0, 51.1 และ 22.4 ตามลำดับ และมีมารดาคลอดโดยไม่เคยรับบริการฝากครรภ์ร้อยละ 0.2 ซึ่งสะท้อนอุปสรรคทั้งด้านการเข้าถึงระบบบริการ คุณภาพการให้บริการ ทัศนคติครอบครัว และปัจจัยเชิงระบบที่ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึก (HDC, 2022) ยังไม่มีการศึกษาแบบเจาะลึกที่บูรณาการทั้งมิติบุคคล ชุมชน และนโยบาย เพื่อระบุช่องว่างของระบบบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในบริบทท้องถิ่นและถึงชนบทของพื้นที่อย่างชัดเจน

จากแนวคิดทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model เป็นกรอบการวางแผนโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพเชิงการศึกษาและระบบนิเวศ ที่แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing) คือ ปัจจัยภายในบุคคลที่นำไปสู่การแสดงพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง และแรงจูงใจ 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling) คือ ปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้จริง หรือมีโอกาสแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เช่น ทักษะ ความสามารถ ทรัพยากร การเข้าถึงบริการ กฎหมาย

และนโยบาย และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing) คือ ปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมคงอยู่หรือทำซ้ำ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับรางวัลหรือคำชม และผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติ (Green, 1974) เพื่อออกแบบมาตรการให้ครอบคลุมทุกด้าน Green & Kreuter (2005) อธิบายวิธีการวิเคราะห์และจัดลำดับขั้นตอนของการวางแผนโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพอย่างเป็นระบบ ด้วยการย้อนกลับจากผลลัพธ์ที่ต้องการไปสู่ปัจจัยสาเหตุเบื้องต้น ซึ่งเหมาะสำหรับการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการคลินิกฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน 12 สัปดาห์ในระบบบริการปฐมภูมิ (Green & Kreuter, 2005) การประยุกต์ใช้โมเดลนี้จะช่วยระบุได้ว่า ควรเสริมสร้างความรู้และทัศนคติ (Predisposing) ปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการและสิทธิประโยชน์ (Enabling) สร้างระบบติดตามนัด เสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (Reinforcing) อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น

การศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาสถานการณ์การฝากครรภ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เพื่อวางรากฐานในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่มีเป้าหมายสำคัญร่วมกันคือ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต (Ratchakitcha, 2018; Office of the National Strategy Commission, 2018) และจะช่วยให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ลดอัตราการฝากครรภ์ล่าช้า เพิ่มอัตราการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง ยกระดับคุณภาพชีวิตมารดาและทารก และสร้างต้นแบบที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์แบบผสมผสาน เริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) จากนั้นใช้ผลลัพธ์ที่น่าสนใจมาขึ้นนำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) เพื่ออธิบายหรือทำความเข้าใจผลลัพธ์ให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 มีวิธีการศึกษา ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา (Population of the study) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1.1 ประชากรที่ศึกษา (Population of the study) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracted unit of primary care: CUP) มะค่า อำเภอมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 118 คน (หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมะค่า, 2568)

1.1.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracted unit of primary care:

CUP) มะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 12 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน

2.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

2.2.1 กลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracted unit of primary care: CUP) มะค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 91 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากร (Daniel, 2013)

2.2.1.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบันโดยไม่ได้ฝากครรภ์ที่อื่นมาก่อน

2) สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

3) มีความสมัครใจ และยินดีให้ความ

ร่วมมือในการวิจัย

2.2.1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) มีภาวะเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุอย่างกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2) มีอาการป่วยทางจิตหรือได้รับยาจิตเวชที่มีผลต่อการเข้าร่วมการวิจัย

2.2.1.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Random sampling) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธีการตารางเลขสุ่ม (Random Number Table) กำหนดจุดเริ่มต้นแบบสุ่มในตาราง และอ่านตัวเลขในตารางไปในทิศทางแนวนอน โดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับหมายเลขกำกับของประชากร ทำซ้ำจนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

2.2.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ได้แก่ บุคลากรเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหน่วย

บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracted unit of primary care: CUP) มะค่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 12 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) โดยพิจารณาคัดเลือกจากบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 ปี ต่อเนื่อง เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) บุคลากรที่เพิ่งย้ายมาทำงานใน รพ.สต. แห่งนี้ได้ 2 ปี 6 เดือน หรือทำงานใน รพ.สต. มานานกว่า 3 ปี แต่ไม่ได้ปฏิบัติงานหลักในคลินิกฝากครรภ์ และ 2) บุคลากรที่กำลังจะเกษียณอายุราชการในระยะเวลาอันใกล้ภายใน 1-3 เดือน ซึ่งอาจมีภาระงานในการส่งมอบงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลสถิติด้านการเข้ารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลจากเอกสาร งานเวชระเบียน เพื่อเก็บรวบรวมในการวิเคราะห์สถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วย อายุขณะที่มีฝากครรภ์ครั้งแรก ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการสมรส อาชีพหลัก รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และสิทธิในการรักษาพยาบาล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ประกอบด้วย การตั้งครรภ์ครั้งที่เท่าไรการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ที่สัปดาห์ ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งหรือไม่ หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์และสามีเข้ารับบริการการให้การศึกษา

และสามีได้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่คลินิกฝากครรภ์หรือไม่ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ผลการตรวจ Hepatitis B surface Antigen (HbsAg) ผลการตรวจ VDRL ผลการตรวจ Anti-HIV ค่าระดับความเข้มข้นเลือด Hematocrit (Hct) ผลการตรวจกรองโรคธาลัสซีเมียของภรรยาและสามี โดยการตรวจ DCIP ผลการตรวจฮีโมโกลบิน Hb typing และผลตรวจ PCR ของภรรยาและสามี จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์แรกก่อน 12 สัปดาห์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพหลัก และสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องที่กำหนดให้

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะเลือกตอบด้วยการตัดสินใจตอบเพียงข้อเดียว เกณฑ์การให้คะแนน “ตอบถูกได้ 1 คะแนน”

“ตอบผิด/ไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน” และ 2) ทศนคติต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามด้านบวกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน “เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 5 คะแนน” “เห็นด้วยได้ 4 คะแนน” “ไม่แน่ใจ/ปานกลางได้ 3 คะแนน” “ไม่เห็นด้วยได้ 2” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 1 คะแนน”

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ต่อการการเข้ารับบริการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ 1) นโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อการเข้าถึงระบบบริการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์ จำนวน 5 ข้อ และ 2) การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามด้านบวกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน “เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 5 คะแนน” “เห็นด้วยได้ 4 คะแนน” “ไม่แน่ใจ/ปานกลางได้ 3 คะแนน” “ไม่เห็นด้วยได้ 2” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 1 คะแนน”

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing Factors) ในการเข้าถึงหน่วยบริการคลินิกฝากครรภ์ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ และ การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามด้านบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน “เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 5 คะแนน” “เห็นด้วยได้ 4 คะแนน” “ไม่แน่ใจ/ปานกลางได้ 3 คะแนน” “ไม่เห็นด้วยได้ 2” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 1 คะแนน”

ส่วนที่ 6 การดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย 1: อาหาร 2: ออกกำลังกาย 3: อารมณ์ 1: สูบบุหรี่และ 2: สุรา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามแนวคิดของลิเกอร์ท (Likert scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก “ปฏิบัติเป็นประจำได้ 3 คะแนน” “ปฏิบัติบ่อยครั้งได้ 2 คะแนน” “ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งได้ 1 คะแนน” “ไม่เคยปฏิบัติได้ 0 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ “ปฏิบัติเป็นประจำได้ 0 คะแนน” “ปฏิบัติบ่อยครั้งได้ 1 คะแนน” “ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งได้ 2 คะแนน” “ไม่เคยปฏิบัติได้ 3 คะแนน”

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ประกอบด้วย 5 ประเด็น ดังนี้

- 1) นโยบายการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าถึงระบบบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์
- 2) รูปแบบการจัดบริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 3) ข้อจำกัดในการจัดบริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 4) ความพร้อมและความเพียงพอในการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 5) ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานการจัดบริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจากบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย ในการดำเนินงาน

ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าถึงระบบบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ กำหนดเป็นกรอบโครงสร้างและขอบเขตของเนื้อหา แล้วนำมาสร้างเป็นข้อคำถาม โดยข้อคำถามประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยาพื้นฐาน ระดับชั้นความสามารถของบลูม (Bloom's Taxonomy) ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความจำ 2) ความเข้าใจ 3) การนำไปใช้ 4) การวิเคราะห์ และ 5) การสังเคราะห์ (Bloom et al., 1956) แบบสอบถามแต่ละข้อให้มีความเหมาะสมกับสิ่งที่จะวัดตรงตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ จากนั้นนำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบคุณภาพดังนี้

3.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือด้านรายละเอียดความครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชาการ และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้สื่อสารกับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Item Objective Congruence Index: IOC) ข้อคำถามมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหา

3.2 ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลอง (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) โดยพิจารณาจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง

และความเหมาะสมจากการนำไปใช้จริง แล้วนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพ จากนั้นนำแบบสอบถามมาประเมินความน่าเชื่อถือ วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของข้อคำถามรายข้อ และรายด้าน วิเคราะห์ด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR20) ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์ ได้ค่าเท่ากับ 0.85 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1990) ตัวแปรการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์, การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิคลินิกฝากครรภ์, ทักษะคิดต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์, การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด, นโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ เท่ากับ 0.88, 0.86, 0.79, 0.78, 0.77 และ 0.77 ตามลำดับ จากนั้นจึงนำไปใช้กับประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 วิธี ดังนี้

4.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 วิธี

4.1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเคราะห์เอกสารวิชาการ รายงานการประชุม รายงานเวชระเบียน บทความวิชาการและงานวิจัย ตามขอบเขตที่กำหนดในเขตพื้นที่ศึกษา ด้วยเครื่องมือชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลสถิติด้านการเข้ารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

4.1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview)

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง

นครราชสีมา ถึงหน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดอยู่

2) ผู้วิจัยประสานวันและเวลากับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ตัวต่อตัว การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และการสนทนากลุ่มด้วยระบบห้องประชุมออนไลน์ Zoom meeting ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

4.2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

4.2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา ถึงหน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดอยู่

4.2.2 ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 12 หน่วย เพื่อลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย

4.2.3 ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิหรือกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ (Google Forms) แทนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) ได้แก่ การสังเคราะห์เอกสารวิชาการ รายงานการประชุม บทความวิชาการ บทความงานวิจัย การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Inductive Analysis) นำเสนอข้อมูลแบบเชิงพรรณนา (Descriptive analytics)

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis) ประกอบด้วย ดังนี้

5.2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้ประกอบการนำเสนอข้อมูล ดังนี้

5.2.1.1 ข้อมูลสถิติด้านการเข้ารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ และข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5.2.1.2 ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ข้อมูลสถานะสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

5.2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ประกอบการนำเสนอข้อมูล ดังนี้

5.2.2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีเป็นตัวแปรเชิงปริมาณแบบต่อเนื่อง ตรวจสอบการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยใช้วิธีการ Shapiro-Wilk Test ค่า $Prob > z < \alpha = 0.05$ ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือความคลาดเคลื่อนที่ได้ไม่เกิน 5% ($\alpha = 0.05$)

5.2.2.2 วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการแบบ Stepwise Regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือความคลาดเคลื่อนที่ได้ไม่เกิน 5%

($\alpha = 0.05$) โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

1) ตัวแปรอิสระ (X) และตัวแปรตาม (Y) เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Quantitative Variable) และตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variable)

2) ตรวจสอบการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยใช้วิธีการ Shapiro-Wilk Test ค่า $Prob > z < \alpha = 0.05$

3) ตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อน (e_i และ e_j) โดยใช้สถิติทดสอบ Durbin-Watson Test ค่า $Prob > chi^2 < \alpha = 0.05$

4) ตรวจสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ โดยใช้วิธีการ Weighted Least Square Test ค่า $Prob > chi^2 < \alpha = 0.05$

5) ทดสอบว่าตัวแปรอิสระในแต่ละสมการสามารถร่วมกันทำนาย (พยากรณ์) ตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยใช้สถิติ F-test ซึ่งจะพิจารณาจากผลการทดสอบโดยดูจากค่า $Prob > F < \alpha = 0.05$

6. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPN 223 วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน 2567 เมื่อผ่านการรับรอง ผู้วิจัยจึงได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

6.1 ผู้วิจัยให้ความสำคัญตามหลักจริยธรรมและตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน โดยได้แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ลงนามยินยอมที่จะให้ เก็บข้อมูล และทำการขออนุญาตก่อนทำการเก็บข้อมูลทั้งด้วยวาจาและเอกสาร ข้อมูลของผู้เข้าร่วม จะเป็นความลับซึ่งทำการ

วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสรุปเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

6.2 การดูแลและคุ้มครองกลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมของอาสาสมัครหรือผู้ร่วมโครงการอาจเกิดความอึดอัด ไม่สบายใจหรือวิตกกังวลในการให้ข้อมูล ผลกระทบจากการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งอาจเกิดขึ้นกับตนเอง ความเสี่ยงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และผลกระทบทางสังคมที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้เคารพในสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสังเกต หากพบความผิดปกติจะรีบแก้ไขสถานการณ์โดยการพูดคุย ชี้แจงให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ร่วมโครงการคลายความกังวล และอาจมีการปรับแผน/กิจกรรมให้มีความเหมาะสม อีกทั้งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งหมด ได้แก่ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าใช้ยาหรืออื่น ๆ ถ้ามี

6.3 การรักษาความลับ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกอย่างของอาสาสมัครทุกคนเป็นความลับ และข้อมูลทุกอย่างได้นำไป วิเคราะห์เป็นภาพรวม ไม่ระบุชื่อ-สกุล จึงไม่มีผลกระทบใด ๆ

6.4 กระบวนการขอความยินยอม (Consent process) ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือจากหน่วยงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษานี้ก่อนดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง ก่อนทำการเก็บข้อมูล ทั้งด้วยวาจาและเอกสารรวมทั้งชี้แจงการเก็บข้อมูลเป็นความลับ กรณีนำไปเปิดเผยจะนำเสนอสรุปเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงหลักสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย จึงได้ออกแบบยินยอมที่จะให้เก็บตัวอย่างและให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ลงลายมือไว้ก่อนทุกครั้ง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลสถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิมาอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลลักษณะทางประชากร พบว่าหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 25.68 ปี ระดับการศึกษา

สูงสุดคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 27.8 ส่วนใหญ่สถานภาพการสมรสคู่ (ไม่จดทะเบียน) ร้อยละ 60.8 อาชีพหลักคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.4 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 18,848.10 บาท ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 78.5 อยู่ในเขตบริการ ร้อยละ 77.2

ข้อมูลด้านการฝากครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ร้อยละ 40.5 เป็นการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 36.7 เป็นการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 64.0 ฝากครรภ์แรก ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60.8 อายุครรภ์เฉลี่ย 11.8 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 62.0 และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 38.0 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ 98.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.3 ไม่มีครรภ์เสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.3 หญิงตั้งครรภ์และสามีเข้ารับบริการการให้การศึกษา ร้อยละ 93.7 สามีได้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่คลินิกฝากครรภ์ ร้อยละ 46.8

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าผลการตรวจ Hepatitis B surface Antigen (HbsAg) ผล Negative ร้อยละ 100 ผลการตรวจ VDRL ผล Non-reactive ร้อยละ 98.7 ผลการตรวจ Anti-HIV ผล Negative ร้อยละ 98.7 หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 89.9 มีค่าระดับความเข้มข้นเลือด Hemoglobin (Hb) ≥ 11 grams per deciliter (g/dL) และ Hematocrit (Hct) ≥ 33 % (mg/dL) ผลการตรวจกรองโรคธาลัสซีเมียของภรรยาและสามี โดยการตรวจ Dichlorophenol Indophenol Precipitation test (DCIP) พบว่า ร้อยละ 88.6 และ 62.0 ผล Negative ผลการตรวจฮีโมโกลบิน Hb typing พบ A2A ร้อยละ 7.6 และ EA ร้อยละ 6.3 ผลตรวจ PCR ของภรรยา ผล Negative for alpha ร้อยละ 6.3 และสามี ผล Negative for alpha ร้อยละ 6.3

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์

2.1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์ (KN) ทักษะการเข้ารับบริการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์ (AT) นโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ (PO) การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิคลินิกฝากครรภ์ (AC) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (SU) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (IN) ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ไม่เกิน 0.80 ถือว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ดังนั้นจึงสามารถนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณต่อไป รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

2.2 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันทำนาย (พยากรณ์) ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพ (AC) ดัชนีมวลกาย (BMI) นโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (PO) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์ (KN) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (IN) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (SU) สามารถอธิบายการทำนายกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 62.7 ($R^2 = 0.627$) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้ $\hat{y} = 95.048 - 3.124(AC) - 0.385(BMI) + 0.802(PO) + 1.013(KN) - 1.280(IN) + 1.238(SU)$ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (n=91)

Variable	Age	BMI	BP	FBS	KN	AT	PO	AC	SU	IN	Behavior
Age	1										
BMI	$r = 0.130$ $p = 0.220$ [-0.137, 0.310]	1									
BP	$r = 0.161$ $p = 0.126$ [-0.072, 0.382]	$r = 0.165$ $p = 0.118$ [-0.095, 0.463]	1								
FBS	$r = 0.193$ $p = 0.067$ [-0.011, 0.087]	$r = 0.390$ $p < 0.001^*$ [-0.040, 0.143]	$r = 0.125$ $p = 0.237$ [0.058, 0.289]	1							
KN	$r = -0.088$ $p = 0.408$ [-0.003, 0.128]	$r = 0.103$ $p = 0.330$ [-0.004, 0.097]	$r = 0.030$ $p = 0.775$ [-0.148, 0.226]	$r = 0.079$ $p = 0.445$ [-0.288, 0.242]	1						
AT	$r = -0.014$ $p = 0.894$ [-0.218, 0.207]	$r = 0.038$ $p = 0.724$ [-0.174, 0.245]	$r = -0.023$ $p = 0.825$ [-0.239, 0.138]	$r = 0.030$ $p = 0.775$ [-0.094, 0.264]	$r = -0.179$ $p = 0.089$ [-0.397, 0.076]	1					
PO	$r = 0.061$ $p = 0.563$ [-0.155, 0.296]	$r = 0.099$ $p = 0.352$ [-0.088, 0.292]	$r = 0.046$ $p = 0.668$ [-0.184, 0.254]	$r = 0.042$ $p = 0.694$ [-0.112, 0.158]	$r = -0.134$ $p = 0.206$ [-0.388, 0.095]	$r = 0.645$ $p < 0.001$ [0.494, 0.778]	1				
AC	$r = 0.038$ $p = 0.720$ [-0.208, 0.323]	$r = 0.054$ $p = 0.614$ [-0.169, 0.277]	$r = 0.076$ $p = 0.472$ [-0.153, 0.240]	$r = -0.055$ $p = 0.606$ [-0.175, 0.213]	$r = -0.331$ $p = 0.001^*$ [-0.541, -0.147]	$r = 0.622$ $p < 0.001^*$ [0.485, 0.754]	$r = 0.733$ $p < 0.001^*$ [0.637, 0.862]	1			
SU	$r = 0.060$ $p = 0.570$ [-0.203, 0.325]	$r = -0.068$ $p = 0.521$ [-0.296, 0.160]	$r = -0.035$ $p = 0.742$ [-0.273, 0.221]	$r = 0.023$ $p = 0.828$ [-0.173, 0.176]	$r = -0.120$ $p = 0.258$ [-0.347, 0.139]	$r = 0.646$ $p < 0.001^*$ [0.469, 0.764]	$r = 0.602$ $p < 0.001^*$ [0.408, 0.791]	$r = 0.659$ $p < 0.001^*$ [0.482, 0.803]	1		
IN	$r = -0.079$ $p = 0.459$ [-0.283, 0.196]	$r = -0.104$ $p = 0.324$ [-0.353, 0.063]	$r = 0.012$ $p = 0.913$ [-0.214, 0.226]	$r = -0.061$ $p = 0.567$ [-0.238, 0.098]	$r = -0.134$ $p = 0.204$ [-0.287, 0.022]	$r = 0.495$ $p < 0.001^*$ [0.342, 0.612]	$r = 0.421$ $p < 0.001^*$ [0.246, 0.579]	$r = 0.564$ $p < 0.001^*$ [0.399, 0.662]	$r = 0.729$ $p < 0.001^*$ [0.617, 0.810]	1	
Behavior	$r = -0.110$ $p = 0.301$ [-0.259, 0.094]	$r = -0.231$ $p = 0.028^*$ [-0.440, 0.057]	$r = -0.061$ $p = 0.564$ [-0.302, 0.184]	$r = -0.128$ $p = 0.227$ [-0.412, 0.063]	$r = 0.376$ $p < 0.001^*$ [0.226, 0.572]	$r = -0.383$ $p < 0.001^*$ [-0.569, -0.169]	$r = -0.371$ $p < 0.001^*$ [-0.565, -0.196]	$r = -0.685$ $p < 0.001^*$ [-0.782, -0.540]	$r = -0.343$ $p = 0.001^*$ [-0.586, -0.098]	$r = -0.471$ $p < 0.001^*$ [-0.664, -0.178]	1

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), [95% CI for Correlation]

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (n=91)

Independent variable	B	Std. Error	Beta	t	p-value
Constant	95.048	8.960		10.609	< 0.001
(AC) การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพ	-3.124	0.478	-0.769	-6.359	< 0.001
(BMI) ดัชนีมวลกาย	-0.385	0.109	-0.243	-3.530	0.001
(PO) นโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	0.802	0.401	0.207	2.003	0.048
(KN) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์แรกภายใน 12 สัปดาห์	1.013	0.451	0.163	2.246	0.027
(IN) การได้รับข้อมูลข่าวสาร	-1.280	0.380	-0.337	-3.363	0.001
(SU) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	1.238	0.490	0.287	2.526	0.013
R = 0.792, R ² = 0.627, R ² adj = 0.600, F = 23.545, p-value < 0.001					

3. ข้อมูลสถานการณ์ด้านระบบบริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีค่า อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปอุปนัย โดยจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นหลัก จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 12 คน ดังนี้

3.1 กลยุทธ์และกิจกรรมที่ กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตั้งแต่นิ่น ๆ โดยเน้นการบูรณาการในหลายมิติ ครอบคลุมทั้งด้านนโยบาย การบริหารจัดการชุมชน การสื่อสารสุขภาพ และการบริการที่เข้าถึงง่าย มีความหลากหลายของกิจกรรม เช่น การอบรม อสม. การติดตามหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา รวมถึงการใช้ช่องทางสื่อสารสมัยใหม่ เช่น Line และ Facebook เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว สรุปจากข้อค้นพบ “อบรม อสม. และจัดประชุมประจำเดือนเพื่อชี้แจงบทบาทในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่” “จัดโครงการมหัศจรรย์ 1000 วัน พร้อมแจกนม 90 กล่อง 90 วัน เพื่อกระตุ้นการฝากครรภ์เร็ว” “ประชาสัมพันธ์ผ่าน Line กลุ่มแม่และเด็ก และ Facebook รพ.สต.” “อสม. สํารวจ

หญิงเจริญพันธุ์หรือแต่งงานใหม่เพื่อนำส่งต่อการฝากครรภ์ทันที”

3.2 กระบวนการและลักษณะการจัดบริการฝากครรภ์ของหน่วยบริการ พบว่า ให้บริการคลินิกฝากครรภ์ แบบครบวงจร (One Stop Service) ลงทะเบียน > ชักประวัติ > ตรวจครรภ์ > ตรวจฟัน > เจาะเลือด > ให้คำปรึกษา > จ่ายยา > นัดติดตาม โดยมี การแบ่งวันให้บริการรายใหม่และรายเก่าอย่างชัดเจน ให้บริการตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งยังจัดบริการแบบองค์รวมที่ครอบคลุมการตรวจร่างกาย ให้คำปรึกษา ให้ยา และส่งเสริมบทบาทครอบครัว ผ่านแนวคิดโรงเรียนพ่อแม่ โดยมีระบบคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ สรุปจากข้อค้นพบ “จัดบริการฝากครรภ์วันอังคารและพฤหัสบดี แยกรายใหม่/เก่า” “ปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการชักประวัติ ประเมินความเสี่ยง อนามัยช่องปาก” “อ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติ CPG และแนวทางเครือข่ายเมืองย่า อ.เมือง นครราชสีมา” “มีโรงเรียนพ่อแม่ แนะนำให้ทั้งสามีและภรรยาบริการพร้อมกัน” “หากพบความเสี่ยงส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา” “บริการครบวงจร

ลงทะเบียน ตรวจร่างกาย เจาะเลือด ให้ยา และให้คำปรึกษาก่อนกลับบ้าน”

3.3 ศักยภาพและอุปสรรคที่หน่วยบริการเผชิญในการให้บริการฝากครรภ์ พบว่า หน่วยบริการมีความพร้อมในการให้บริการฝากครรภ์เบื้องต้น โดยมีพยาบาลวิชาชีพและทันตภิบาลให้บริการตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งการเจาะเลือด ตรวจสุขภาพช่องปาก และจ่ายยาเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ขาดแพทย์เฉพาะทางเครื่องมืออัลตราซาวด์ เวชภัณฑ์บางชนิด เช่น เวชภัณฑ์ยาไตรเฟอร์ดิน (Triferdine) ที่ขาดแคลนเป็นช่วง ๆ และพื้นที่ห้องตรวจที่ไม่มีความเป็นส่วนตัวเพียงพอ นอกจากนี้ การให้บริการฝากครรภ์ยังรองรับได้เฉพาะครรภ์ปกติ ส่วนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว เคยแท้ง อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี จำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งมีเครื่องมือและบุคลากรที่พร้อมกว่า นอกจากนี้ บริบทของพื้นที่ซึ่งอยู่ใกล้โรงพยาบาลมหาราช และมีคลินิกเอกชนจำนวนมาก ทำให้หญิงตั้งครรภ์บางรายเลือกใช้บริการรักษาจากแหล่งอื่น เช่น ประกันสังคมหรือโรงพยาบาลเอกชน และไม่กลับมาฝากครรภ์ต่อที่ รพ.สต. อีกทั้งลักษณะประชากรในพื้นที่เป็นกลุ่มเคลื่อนย้าย พักอาศัยช่วงสั้น และส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จึงอาจไม่สะดวกในการเข้ารับบริการตามเวลาที่ รพ.สต. กำหนด ส่งผลให้การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง สรุปจากข้อค้นพบ “มีพยาบาลที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ให้บริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์” “มีทันตภิบาลดูแลสุขภาพช่องปาก และเจาะเลือดในการฝากครรภ์ครั้งแรก” “ขาดแพทย์เฉพาะทางและเครื่องมือ ultrasound” “เวชภัณฑ์ยาขาดแคลน เช่น triforine” “ห้องยังไม่มีความเป็นส่วนตัว” “ช่วงที่เวชภัณฑ์มาครบจะให้ อสม.ประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากตามปกติ” “บริการได้เฉพาะหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ยกเว้นรายที่มีภาวะเสี่ยง” “ประชากรย้ายถิ่นฐาน มาพักอาศัยระยะสั้น ติดตามยาก” “ประชาชนบางส่วนเลือกใช้บริการอื่น เช่น รพ.เอกชน/ประกันสังคม” “หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น

คลอดก่อนกำหนด โรคประจำตัว อายุต่ำกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี ต้องส่งต่อ รพ.มหาราช” “การให้บริการไม่ตรงกับกลุ่มวัยทำงาน”

3.4 แนวคิดเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการคลินิกฝากครรภ์ พบว่า ควรปรับปรุงการจัดบริการคลินิกฝากครรภ์ในด้านงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลากรเฉพาะทาง โดยเฉพาะเครื่องมือ Doppler tone และการมีแพทย์ ultrasound ประจำ นอกจากนี้ยังควรพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการ รวมถึงระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มาใช้บริการใน รพ.สต. มากขึ้น และดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและคุณภาพการบริการ สรุปจากข้อค้นพบ “งบประมาณสนับสนุนในการจัดคลินิกฝากครรภ์ จัดหาอุปกรณ์มีแพทย์ช่วยดูแลเบื้องต้น” “ข้อมูลน่าจะมีการเชื่อมโยงอัตโนมัติหากเปลี่ยนสถานที่ฝากครรภ์” “ควรมีการลงทะเบียนติดตามหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะ” “อุปกรณ์ฟังเสียงหัวใจ (drop tone) เสีย อยู่ระหว่างจัดซื้อ” “ควรมีแพทย์ ultrasound” “มี CPG ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์” “ในพื้นที่ไม่ค่อยมีมารับบริการฝากครรภ์ส่วนมากไปโรงพยาบาลและคลินิก” “ควรมีอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับฝากครรภ์เพียงพอ”

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีค่า อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 25.68 ปี ซึ่งถือเป็นช่วงที่ไข่มุมความสมบูรณ์และมีโอกาสตั้งครรภ์ง่ายที่สุด (Siripoon, 2024) ส่วนใหญ่สถานภาพการสมรสคู่ (ไม่จดทะเบียน) ร้อยละ 60.8 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 18,848.10 บาท ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 78.5 อยู่ในเขตบริการ ร้อยละ 77.2 ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความพร้อมในการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khongmeesuk et al. (2019) พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพครอบครัว และรายได้ของสามีมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น ข้อมูล

ด้านการฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ร้อยละ 40.5 เป็นการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 และร้อยละ 36.7 เป็นการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 64.0 ฝากครรภ์แรก ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60.8 อายุครรภ์เฉลี่ย 11.8 สัปดาห์ ถึงแม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะฝากครรภ์แรก 12 สัปดาห์เพิ่มมากขึ้นจากปี 2566 ร้อยละ 22.4 แต่ส่วนใหญ่ก็ยังฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ มากถึง ร้อยละ 62.0 อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีครรภ์เสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จึงยังไม่ตระหนักถึงการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwannawanich (2020) พบว่า ครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ 98.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.3 หญิงตั้งครรภ์และสามี เข้ารับบริการการให้การศึกษา ร้อยละ 93.7 และสามีได้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่คลินิกฝากครรภ์ ร้อยละ 46.8 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่พบการติดเชื้อเรื้อรังหรือโรคติดต่อทางการตั้งครรภ์ (HBsAg, VDRL, HIV) ส่วนใหญ่เป็นลบ ร้อยละ 98.7 และเกือบร้อยละ 90.0 มีค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตในเกณฑ์ปกติ แต่ยังไม่พบผู้มีสถานะพาหะธาลัสซีเมีย (Hb typing EA/A2A และผล DCIP บวก) ในสัดส่วนเล็กน้อย ร้อยละ 1.3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังเรื่องภาวะซีดและภาวะแทรกซ้อนทารกในครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thaipratum (2019) พบว่า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ผลการตรวจ HIV, ซีฟิลิซิส (VDRL), ไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ผลปกติเกือบทั้งหมด (HIV และ VDRL ร้อยละ 100 ปกติ, HBsAg ปกติ ร้อยละ 99.0) ความเสี่ยงโรคธาลัสซีเมีย DCIP Positive ภาระยา ร้อยละ 41.9 สามี ร้อยละ 52.7 Hb typing ส่วนใหญ่พบกลุ่ม EA และ A2A

2. ข้อมูลสถานการณ์ด้านระบบบริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิเมะค่า อำเภอเมือง

จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) มีการดำเนินงานการฝากครรภ์แรก 12 สัปดาห์ และติดตามหญิงตั้งครรภ์โดยเชื่อมโยงนโยบายผ่าน อสม. และให้บริการตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่เผชิญข้อจำกัดด้านโครงสร้างและอุปกรณ์ และขาดบุคลากรเฉพาะทาง การแก้ไขเชิงระบบ ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณ จัดหาอุปกรณ์สำคัญ และสร้างระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์เชื่อมโยงข้อมูลดิจิทัล ซึ่งข้อจำกัดนี้อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงระบบบริการฝากครรภ์แรกก่อน 12 สัปดาห์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และส่วนใหญ่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 62.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ratchaput et al. (2011) พบว่า สาเหตุของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เกี่ยวข้องทั้งด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการ ด้านโครงสร้าง ได้แก่ 1) การบริหารงานขององค์กรคือ การมอบหมายนโยบายไม่ทั่วถึงและการสนับสนุนด้านงบประมาณที่ไม่ต่อเนื่อง 2) ทรัพยากรบุคคลคือ จำนวนบุคลากรตามคุณลักษณะวิชาชีพไม่เพียงพอ ด้านกระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการด้านเทคนิคคือ ระบบบริการฝากครรภ์ไม่ชัดเจนและขั้นตอนบริการที่ใช้เวลานาน 2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคือ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างบุคลากรและหญิงตั้งครรภ์

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันทำนาย (พยากรณ์) ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิคลินิกฝากครรภ์ และนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และสามารถอธิบายการทำนายกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 50.6 ซึ่งบ่งชี้ว่าการเข้าถึงระบบบริการและกรอบนโยบายมีบทบาทสำคัญเกือบครึ่งหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์เข้าถึงระบบบริการได้ง่ายขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเวลาเปิดบริการที่ยืดหยุ่น การเดินทางสะดวก หรือระบบลงทะเบียนออนไลน์ จะเพิ่มโอกาสในการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และนโยบายที่ชัดเจน เช่น สิทธิประโยชน์ของบัตรทอง

30 บาท สิทธิรับยาฟรี หรือโปรแกรมติดตามผ่าน LINE/FB ช่วยสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจให้หญิงตั้งครรภ์มาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Klongngam and Uphad (2020) พบว่าการเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์จังหวัดศรีสะเกษ และการศึกษาของ Preesong (2015) พบว่านโยบายส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ข้อเสนอแนะการพัฒนาและขยายเวลาการให้บริการคลินิกฝากครรภ์แบบยืดหยุ่น (Flexible clinic hours) ร่วมกับระบบลงทะเบียนออนไลน์และแจ้งเตือนผ่าน LINE อัตโนมัติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และสร้างแรงจูงใจผ่านนโยบายติดตามสิทธิประโยชน์ โดยอาจกำหนดให้มีคลินิกช่วงเย็น พร้อมระบบที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการกับโรงพยาบาลหลัก เพื่อเพิ่มความมั่นใจและผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์สามารถมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายขึ้น

สรุปผล

การฝากครรภ์แรกก่อน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดการฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ยังอยู่ในสัดส่วนที่สูง ด้านระบบการบริการคลินิกฝากครรภ์ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านโครงสร้าง

อุปกรณ์ และขาดบุคลากรเฉพาะทาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิคลินิกฝากครรภ์ และนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ผลทดสอบ VDRL หรือ HIV เป็นบวก ควรส่งตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA/RPR สำหรับซิฟิลิส และ PCR for HIV เพื่อวางแผนการรักษาและป้องกันการส่งต่อเชื้อสู่ทารกตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ ส่วนอัตราการเป็นพาหะของธาลัสซีเมียค่อนข้างสูง (ทั้งภรรยาและสามี) แม้พบคู่เสี่ยงเพียงร้อยละ 0.6 แต่ควรเฝ้าระวังมากเป็นพิเศษ เพราะหากไม่ได้ตรวจและวางแผนก่อนคลอด อาจเกิดภาวะรุนแรงในทารก เช่น ธาลัสซีเมียชนิดฮีโมโกลบินบาร์ท (Bart's hydrops) ซึ่งอาจเสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์

2. ควรเพิ่มการอบรมบุคลากร และงบประมาณจัดซื้อเครื่อง Ultrasound จะช่วยยกระดับการเข้าถึงและคุณภาพบริการคลินิกฝากครรภ์ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรขยายเวลาการให้บริการคลินิกฝากครรภ์แบบยืดหยุ่น (Flexible clinic hours) ร่วมกับพัฒนาระบบลงทะเบียนออนไลน์และแจ้งเตือนผ่าน LINE อัตโนมัติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และสร้างแรงจูงใจผ่านนโยบายติดตามสิทธิประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

- Cronbach Lee. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed). New York: Harper & Row.
- Daniel WW. & Cross CL. (2013). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences* (10th ed). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Bloom B. S. et al. (1956). *Taxonomy of educational objectives, handbook I: Cognitive domain*. David McKay.
- Dowswell T. et al. (2015). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(7), CD000934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub3>.

- Green LW. (1974). Toward cost-benefit evaluations of health education: some concepts, methods, and examples. *Health Educ Monogr*, 2(2), 34-64.
- Green LW. (2005). Kreuter MW. *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed). New York: McGraw-Hill.
- Health Data Center. (2022, Sep 14). *Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. Quality antenatal care service status report: percentage of pregnant women with first antenatal visit $\leq$ 12 weeks, and prenatal care $\geq$ 5 visits*. Nakhon Ratchasima: Health Data Center (HDC), Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office.
https://hdc.moph.go.th/nma/public/standard-report-detail/5087190fa0a3c28974fdde7fd1443d5e?utm_source=chatgpt.com
- Khongmeesuk N., Lakitanon R., Pann-ngam S. (2019). *Factors associated with pregnancy and its outcomes among adolescent mothers in Health Region 5*.
https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20210113173110_4468/20210113173128_2539.pdf
- Klongngam T. & Uphad C. (2020). Factors affecting self-care behavior of pregnant women in Si Sa Ket Province. *J Health Syst Res Dev*, 13(3), 19-26.
- Office of the National Strategy Commission. (2018). *Yutthasat Chat 20 Pi (National Strategy 20-Year Plan 2018-2037)*. Bangkok: Open Development Mekong.
https://data.thailand.opendevlopmentmekong.net/th/library_record/thailand-s-20-year-national-strategy-and-thailand-4-0-policy/resource/a0991b0b-c9a0-484b-b0fd-2daf1243ecf7?utm_source=chatgpt.com
- Preesong, K. (2015). Factors associated with self-care behavior among pregnant women attending Bangna 5 Hospital, Samut Prakan Province. *Romphruek Univ J*, 33(3), 116-36.
- Ratchakitcha. (2018, Oct 8). *Yutthasat Chat (National Strategy 2018-2037)*. Bangkok: Royal Gazette.
- Ratchaput E., Charoensanti C., Kantharaksa K. (2011). Situational Analysis of Inadequate AntenatalVisits among Pregnant Women, Rano. *Nursing Journal*, 38(3), 20-29.
- Siripoon, W. (2024, Apr 27). *What ages to pregnant: risk of pregnancy in older women*.
<https://www.v-ivf.com/th/2024/01/what-ages-to-pregnant-risk-of-pregnancy-in-older-women/>
- Suwannawanich, M. (2020). Factors Associated with Inadequate Antenatal Careof Pregnant Women Delivered in Ratchaburi Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 39(4), 648-654.
- Thaipratum, D. (2019, Aug 21). *Situational analysis of antenatal care at Health Promotion Center 9 Nakhon Ratchasima*. Nakhon Ratchasima: Health Promotion Center 9.
<https://hpc9.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-9?page=2>
- World Health Organization. (2016). *Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf?utm_source=chatgpt.com

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

FACTORS RELATED TO ORAL HEALTH CARE BEHAVIORS OF PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS IN TACHANG SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, TANDIAO SUB-DISTRICT, LOMSAK DISTRICT, PHETCHABUN PROVINCE

นพวรรณ แก้วแดง*, ถาวร มาตัน ปร.ด.

Noppawan Keawdang*, Tavorn Maton Ph.D.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240

Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

*Corresponding author E-mail: jang_yoyo@hotmail.com

Received: 23 May., 2025

Revised: 30 Jul., 2025

Accepted: 4 Aug., 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Framework เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถาม แบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC = 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.60 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.90 รายได้ครอบครัว 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 51.96 จบการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.27 ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวาน 8.24 ปี ปัจจัยนำมีความรู้ระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 7.75, S.D. = 7.755) ทักษะคิดระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.08, S.D. = 0.299) ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.96, S.D. = 0.420) ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.35, S.D. = 0.523) และการได้รับข้อมูลข่าวสารระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 2.09, S.D. = 0.585) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ ระดับการศึกษา (χ^2 = 5.549) รายได้ครอบครัว (r = 0.293) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (r = 0.247) ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (r = 0.346) การได้รับการสนับสนุน (r = 0.524) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (r = 0.575) ดังนั้น ควรจัดอบรมให้ความรู้และปรับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อโรคในช่องปากในอนาคต

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, PRECEDE Framework

Abstract

This study was a descriptive cross-sectional research which applied the PRECEDE Framework theory to examine personal information, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and oral health care behaviors among patients with type 2 diabetes. It also investigated the relationships between personal information, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and oral health care behaviors of type 2 diabetes patients at Tachang Sub-district Health Promoting Hospital, Tandiao Sub-district, Lomsak District, Phetchabun Province. The sample comprised 102 participants. The research instrument was a questionnaire, which had a content validity index (IOC) of 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Chi-square and Pearson's correlation coefficient, with a significance level set at 0.05.

The findings indicated that most respondents were female (70.60%), aged 60 years and over (52.90%), had a family income of 10,001–20,000 baht (51.96%), and had completed primary education (36.27%). The average duration of having diabetes was 8.24 years. For predisposing factors, most had a low level of knowledge ($\bar{X} = 7.75$, S.D. = 7.755) and a moderate level of attitude ($\bar{X} = 2.08$, S.D. = 0.299). Regarding enabling factors, access to dental care services was at a moderate level ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = 0.420). For reinforcing factors, support from others was at a high level ($\bar{X} = 2.35$, S.D. = 0.523), whereas access to information was at a low level ($\bar{X} = 2.09$, S.D. = 0.585). The factors that showed significant associations with oral health care behaviors among patients with type 2 diabetes at the 0.05 significance level were educational level ($\chi^2 = 5.549$), family income ($r = 0.293$), knowledge regarding oral health care ($r = 0.247$), attitudes towards oral health care ($r = 0.346$), received support ($r = 0.524$), and receipt of information ($r = 0.575$).

Therefore, it is recommended that educational programs will be organized to enhance knowledge and improve attitudes towards oral health care among diabetic patients, in order to prevent potential oral health risks in the future.

Keywords: Type 2 diabetes patients, Oral health care behavior, PRECEDE Framework

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,197,560 คน และมีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,840.03 ต่อ 100,000 ประชากร พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อเทียบกับอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2562 ถึง 2565 มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,528.91, 1,541.59, 1,504.08 และ 1,419.92 ต่อ 100,000 ประชากรตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข,

2567) การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ.2566 พบว่า กลุ่มอายุ 35-44 ปี มีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 83.90 ค่าเฉลี่ย 3.50 ซี่/คน สภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 91.50 มีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยการสูบบุหรี่เฉลี่ย 9.60 มวน/วัน และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.80 ส่วนพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 33.40 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี มีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 97.20 ค่าเฉลี่ย 12.30 ซี่/คน สภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 82.80 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เฉลี่ย 9 มวน/วัน ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30.80 ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกต้อง จะส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงต่อการอักเสบ ติดเชื้อ สูญเสียฟัน และยังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงกับโรคเบาหวานอีกด้วย (สำนักงานทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 58,817, 61,516, 64,259 คน ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2567) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายในช่องปาก การเพิ่มอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ แผลหายช้า อาการปากแห้ง รวมทั้งเพิ่มความชุกและความรุนแรงของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (วัชรภรณ์ เสนสอน, 2553)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากมีความรู้

อยู่ในระดับต่ำ (สุธาทิพย์ วังศิริ, 2567) ผู้ป่วยไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อสุขภาพ และไม่รู้ว่าต้องไปรับบริการตรวจสุขภาพช่องปากทุก ๆ 6 เดือน ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทันตกรรมน้อย หรือไม่เคยไปรับบริการทันตกรรมเลย เพราะไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยจะมาพบทันตบุคลากรก็ต่อเมื่อมีอาการปวดฟัน และต้องการถอนฟันเท่านั้น (ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์, 2559) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องแค ตำบลช่องแค อำเภอดาเกี๊ยะ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การศึกษาและรายได้ (วรศรา ชลิ่ง และสุรเดช สำราญจิตต์, 2565) และการศึกษาผลกระทบของโรคแทรกซ้อนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก: การศึกษากลุ่ม ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า โรคแทรกซ้อนและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (สมชาย ไทยดี และจุฑามาศ แก้วมณี, 2565)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ในพื้นที่ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นอย่างไร และปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE

Framework (Green LW และคณะ, 1980) เป็นกรอบแนวคิดโดยนำเฉพาะขั้นตอนการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 4 ปัจจัยหลัก คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ จากการศึกษาครั้งนี้ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคในช่องปากและให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพช่องปากที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบสอบถาม เพื่อสำรวจคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 136 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 102 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ดังนี้

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม

ตัวอย่างที่ยอมรับได้

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของประชากรแล้วจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยใช้วิธี Two Stage Sampling เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มวิจัย (Inclusion Criteria) มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิง และเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
2. มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พุดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนได้

4. เป็นผู้ที่มีสมาธิและยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือราชการขอความร่วมมือ ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์

2. ผู้วิจัยทำการอบรมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน โดยชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม โดยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านการตรวจจากอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC = 0.96

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดสอบ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเท่ากับ 0.709 ค่าความเชื่อมั่นด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเท่ากับ 0.709 ค่าความเชื่อมั่นด้านอุปกรณ์การทำความสะอาดช่องปาก มีค่าเท่ากับ

0.713 ค่าความเชื่อมั่นด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม มีค่าเท่ากับ 0.704 ค่าความเชื่อมั่นด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล มีค่าเท่ากับ 0.875 ค่าความเชื่อมั่น ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเท่ากับ 0.842 ค่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเท่ากับ 0.922 โดยค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับมีเท่ากับ 0.883

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 25 ข้อ

2.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ วัดเป็น ถูก ผิด ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน แปลผลระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

2.2 แบบสอบถามทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ

ไม่เห็นด้วย ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ เห็นด้วย 3 คะแนน, ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ เห็นด้วย 1 คะแนน, ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 3 คะแนน การแปลผลระดับทัศนคติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 9 ข้อ

3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำสะอาดช่องปาก จำนวน 5 ข้อ ระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio Scale) มีลักษณะให้เลือก 2 คำตอบ คือ มี ไม่มี

3.2 แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม จำนวน 4 ข้อ โดยเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เข้ารับบริการทันตกรรม เป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน เข้ารับบริการเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม ให้คะแนน 1 คะแนน การแปลผลระดับการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 11 ข้อ

4.1 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล จำนวน 5 ข้อ ระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ได้รับสนับสนุนเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน ได้รับสนับสนุนเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยได้รับการสนับสนุน ให้คะแนน 1 คะแนน การแปลผลระดับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

4.2 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ โดยเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ให้คะแนน 1 คะแนน การแปลผลระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 9 ข้อ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราการวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติระดับมากที่สุดหรือสม่ำเสมอ ปฏิบัติระดับมากหรือบ่อยครั้งแต่ไม่ประจำ ปฏิบัติระดับปานกลางหรือเป็นครั้งคราว ปฏิบัติระดับน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติระดับน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติเลย ลักษณะคำถามมีทั้งพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

พฤติกรรม		เชิงบวก	เชิงลบ
ปฏิบัติระดับมากที่สุดหรือสม่ำเสมอ	ให้คะแนน	5	1
ปฏิบัติระดับมากหรือบ่อยครั้งแต่ไม่ประจำ	ให้คะแนน	4	2
ปฏิบัติระดับปานกลางหรือเป็นครั้งคราว	ให้คะแนน	3	3
ปฏิบัติระดับน้อยหรือนาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2	4
ปฏิบัติระดับน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	1	5

การแปลผลระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับ

พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบต่อทั้งสิ้น

โดยผู้วิจัยได้ทำการขอจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลพุทธเขตอุดมศักดิ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว CPH-EC-044/2568 วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ.2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้สถิติไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 102 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.60 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.90 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.88 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 51.96 อาชีพว่างงาน ร้อยละ 29.41 ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.27 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 6-10 ปี ร้อยละ 42.16 ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคเบาหวาน 8.24 ปี มีโรคแทรกซ้อนคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.60 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 65.70 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 49

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=7.75$, S.D.=7.755) เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่าข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ การแปรงฟันที่ถูกรู้วิธี ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ เวลาเช้าและก่อนนอน ร้อยละ 61.80 ($\bar{X}=0.62$, S.D.=0.488) และการตรวจช่องปากด้วยตัวเอง สามารถตรวจหา

สิ่งที่ผิดปกติในช่องปากได้ ร้อยละ 61.80 ($\bar{X}=0.62$, S.D.=0.488)

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.08$, S.D.=0.299) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติมากที่สุดคือ ควรรับประทานอาหารให้เป็นมื้อ ไม่ควรกินจุบจิบระหว่างมื้อ ($\bar{X}=2.59$, S.D.=0.603) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีปัญหาช่องปากไม่จำเป็นต้องไปพบหมอฟัน ($\bar{X}=1.44$, S.D.=0.698)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ด้านอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากมากที่สุดคือ แปรงสีฟัน ร้อยละ 100 ส่วนข้อคำถามที่มีอุปกรณ์น้อยที่สุดคือ แปรงชอกฟัน ร้อยละ 26.50

ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม พบว่าระดับการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.96$, S.D.=0.420) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมมากที่สุดคือ ท่านเคยไปใช้บริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนอนามัย ($\bar{X}=2.26$, S.D.=0.703) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านเคยไปใช้บริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลเอกชน ($\bar{X}=1.59$, S.D.=0.495)

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล พบว่าระดับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.35$, S.D.=0.523) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ คนในครอบครัวรับฟังปัญหาเมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}=2.50$, S.D.=0.700) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ คนในครอบครัวพาท่านไปพบทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ($\bar{X}=2.12$, S.D.=0.679)

ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า มีระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.09$, S.D.=0.585) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ โทรทัศน์ ($\bar{X}=2.35$, S.D.=0.804) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($\bar{X}=2.35$, S.D.=0.804) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หนังสือพิมพ์/ วารสาร ($\bar{X}=1.62$, S.D.=0.732)

พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, S.D.=1.009) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสมทุกครั้งในการแปรงฟัน ($\bar{X}=4.32$, S.D.=1.283) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านแปรงฟันหลังรับประทานอาหารนมหวาน หรือน้ำหวาน ($\bar{X}=2.65$, S.D.=1.332)

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

6. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก			
	χ^2	r	p-value	แปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ	2.295		0.130	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	0.000		1.000	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ	2.295		0.130	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	0.000		1.000	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	0.007		0.933	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	5.549		0.018*	มีความสัมพันธ์
โรคแทรกซ้อน	0.502		0.479	ไม่มีความสัมพันธ์
ประวัติการสูบบุหรี่	0.653		0.419	ไม่มีความสัมพันธ์
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.812		0.178	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล				
อายุ		-0.005	0.961	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		0.293	0.003*	มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน		0.128	0.200	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก				
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก		0.247	0.012*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก		0.364	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก				
อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก		0.146	0.144	ไม่มีความสัมพันธ์
การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม		0.175	0.078	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก				
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล		0.524	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ปัจจัย	พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปาก			
	χ^2	r	p-value	แปลผล
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก		0.575	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

ปัจจัยนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการศึกษา พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับต่ำ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชาติพิย วังศิริ (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ส่วนมากมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 49.85

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 79.40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรชาติพิย วังศิริ (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า มีระดับทัศนคติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.43

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากมากที่สุดคือ แปรงสีฟัน จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 79.40 และไม้จิ้มฟัน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรชาติพิย วังศิริ (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า ด้านอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันที่กลุ่มตัวอย่างใช้ทำความสะอาดฟันมากที่สุด คือ แปรงสีฟัน ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ และ

ไม้จิ้มฟัน เท่ากับร้อยละ 100, 97.32 และ 72.96 ตามลำดับ

การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 70.60 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สุรชาติพิย วังศิริ (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมในระดับต่ำ ร้อยละ 81.19 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นประจำ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการใกล้บ้าน เดินทางสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 55.90 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สุรชาติพิย วังศิริ (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.62 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากเป็นอย่างดี เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกมากที่สุด

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด

คือ โทรทัศน์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 55.90 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สุดา อักษรดิษฐ์ และดลนา ไชยสมบัติ (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารมากที่สุดคือ วิทยุ คิดเป็นร้อยละ 93.34 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโทรทัศน์สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากได้สะดวกและเข้าถึงง่ายกว่าแหล่งอื่นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ วริศรา ชลิ่ง และสุรเดช สำราญจิตต์ (2565) ที่พบว่า การศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมี (p-value < 0.01), (p-value < 0.01) ตามลำดับ

ปัจจัยนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติศักดิ์ นามวิชา (2565) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.111$, p-value < 0.05)

ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติศักดิ์ นามวิชา (2565) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.158$, p-value < 0.01)

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แตกต่างกับการศึกษาของ วรณีย์ รุ่งโรจน์ และสุรัชย์ พัฒนานันท์ (2563) พบว่า การใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = 0.420$, p-value = 0.001)

การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แตกต่างกับการศึกษาของ ทวีวัฒน์ พิชัย และนภา สุขกิจ (2563) พบว่า การเข้าถึงบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.380$, p-value = 0.002)

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ถาวร มาตั้น และเสนห์ แสงเงิน (2560) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.236$, p-value < 0.001) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.231$, p-value < 0.001) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.194$, p-value < 0.001)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ ศิริทิพย์ พันธุ์สุข, วิชญา รัตนกุล และ สิริจินดา ปัญญารัตน์ (2563) พบว่า การสนับสนุนด้าน ข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ($r = 0.580$, $p\text{-value} < 0.001$)

สรุปผล

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากและรายได้ครอบครัวเฉลี่ย ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และข้อมูล ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อน ประวัติการ สูบบุหรี่ และประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอ หล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ สำหรับด้านปัจจัยนำ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับ ต่ำ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการ ทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอยู่ในระดับสูง และการ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คือ ด้านปัจจัยนำเกี่ยวกับการ การดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านปัจจัยเอื้อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ด้านปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า การได้รับการสนับสนุน จากบุคคลและการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง รวมทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งส่งผลให้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน จากประเด็นดังกล่าว ทันตบุคลากรควรมีการจัดอบรม ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติในเรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลสุขภาพ ช่องปาก ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อเป็นการป้องกันและลดปัญหาการ เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปาก ในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ เรื่อง ทักษะสุขภาพที่บูรณาการเข้ากับแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เบาหวานแบบองค์รวม โดยให้ทันตบุคลากรและบุคลากร ทางการแพทย์ร่วมมือกันในการให้ความรู้เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานและสุขภาพช่องปาก รวมถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วย โรคเบาหวานโดยเฉพาะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และลดความเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนทางทันตกรรมในระยะยาว

2. บุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องควรมีการหารูปแบบหรือจัดระบบบริการ ในการให้บริการทันตกรรมหรือการจัดบริการทันตกรรม เคลื่อนที่เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงแหล่งบริการ ทันตกรรมมากขึ้นตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย เบาหวาน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุข

2. ควรมีการศึกษารูปแบบโปรแกรมการให้ ความรู้เรื่องดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. (2567). *สรุปรายงานการป่วย ปี พ.ศ.2566*. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2567. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/ill_2023_full_07112567.pdf.
- กิตติศักดิ์ นามวิชา. (2565). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขต ตำบลสำโรง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 13 (2), 1-12.
- ถาวร มาตัน และเสน่ห์ แสงเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47 (1), 67-78.
- ทวีวัฒน์ พิชัย และนภา สุขกิจ. (2563). การเข้าถึงบริการทันตกรรมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการศึกษา*, 14 (2), 45-60.
- วรรณิ รุ่งโรจน์ และสุรัช พัฒนารักษ์. (2563). พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข*, 28 (3), 77-84.
- วิศรา ขลัง และสุเดช สำราญจิตต์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องแค ตำบลช่องแค อำเภอด่านช้าง จังหวัดนครสวรรค์. *การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2565 เรื่อง “ทิศทาง แนวโน้ม วิจัย และนวัตกรรมทางสุขภาพหลังวิกฤตโควิด-19”* (หน้า 49). กรุงเทพมหานคร: จัดโดย สมาคมพยาบาลทหารบก และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ประชุมออนไลน์ ผ่านระบบ ZOOM Meeting. วันที่ 24 - 25 พฤษภาคม พ.ศ.2565 เวลา 08.00 - 16.30 น.
- วัชรภรณ์ แสนสอน, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา และเสาวนีย์ บำเรอราช. (2553). โรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13 (2), 132-147.
- ศิรินทิพย์ พันธุ์สุข, วิชญา รัตนกุล, และสิรินดา ปัญญารัตน์. (2563). การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย*, 23 (2), 112-124.
- ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมชาย ไทยดี และจุฑามาศ แก้วมณี. (2565). ผลการศึกษาผลกระทบของโรคแทรกซ้อนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก: การศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการแพทย์และสุขภาพช่องปาก*, 30 (2), 125-135.

- สุดา อักษรดิษฐ์ และดลนภา ไชยสมบัติ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 10 (1), 31-49.
- สุธาทิพย์ วังศิริ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 13 (1), 1-12.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ.2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2567). ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาต่อเนื่อง จังหวัดเพชรบูรณ์ ปีงบประมาณ 2567. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2567. HDC เพชรบูรณ์ <https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. P., & Partridge, K. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*: California: Mayfield Publishing.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis (3rd ed.)*. New York: Harper & Row.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง

ตำบลतालदैยว อำเภอล่มสัค จังหวัดเพชรบูรณ์

FACTORS RELATED TO SELF-CARE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH HYPERTENSION

AT THA CHANG SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, TAN DIAO SUBDISTRICT,

LOM SAK DISTRICT, PHETCHABUN PROVINCE

ยุวัฒน์ฉัตร ยาโต*, ถาวร มาตัน ปร.ด.

Yuwatchat Yato*, Tavorn Maton Ph.D.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240

Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

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

Received: 21 May., 2025

Revised: 24 Jul., 2025

Accepted: 8 Aug., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี KAP Model เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลतालदैยว อำเภอล่มสัค จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 166 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Chi - Square และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 39.80 ($\bar{X}$ =10.40, S.D.=2.678) ทศนคติระดับสูง ร้อยละ 60.20 ($\bar{X}$ =2.60, S.D.=0.490) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 53.60 ($\bar{X}$ =2.46, S.D.=0.500) ส่วนความรู้และทศนคติ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.397$, $P - value < 0.001$), ($r = 0.569$, $P - value < 0.001$ ตามลำดับ) จากผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการเพื่อส่งเสริมการให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนทศนคติ ในประเด็นที่ยังมีความรู้และทศนคติที่ยังไม่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, รูปแบบความรู้ ทศนคติ พฤติกรรม

Abstract

This study is a descriptive study that applies the KAP Model theory to investigate personal factors, knowledge, attitudes, and self-care behaviors of patients with hypertension. It also examines factors related to self-care behaviors of hypertensive patients at Tha Chang Subdistrict Health Promoting Hospital, Tan Diao Subdistrict, Lom Sak District, Phetchabun

Province. Resulting in a sample of 166 participants. Data were collected using a questionnaire and analyzed with descriptive statistics. Inferential statistics were used to test hypotheses, including the Chi-Square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, with a significance level set at 0.05.

The results showed that the majority of the sample had a high level of knowledge at 39.80% ($\bar{X}$ =10.40, S.D.=2.678), a high level of attitude at 60.20% ($\bar{X}$ =2.60, S.D.=0.490), and a moderate level of self-care behavior at 53.60% ($\bar{X}$ =2.46, S.D.=0.500). Knowledge and attitudes were found to be significantly correlated with self-care behaviors of hypertensive patients at the 0.05 significance level ($r = 0.397$, $P\text{-value} < 0.001$) and ($r = 0.569$, $P\text{-value} < 0.001$), respectively. The findings of this study can be used to promote education and modify attitudes in areas where knowledge and attitudes are still incorrect, which will positively impact improved self-care behaviors of hypertensive patients in the future.

Keywords: Self-care behavior, Hypertensive patients, Knowledge attitude practice model

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก โดยมีผู้ใหญ่ประมาณ 1 ใน 3 ที่มีภาวะนี้ ซึ่งสามารถนำไปสู่โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจวาย ไตวาย และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ในปี พ.ศ. 2566 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 650 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 1.3 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2562 โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่ทราบถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง และมากกว่าสามในสี่ของผู้ป่วยเหล่านี้อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (องค์การอนามัยโลก, 2566)

องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ว่าผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง หากไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยปัจจุบันสำรวจ

พบว่า คนไทยประมาณร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไมู้ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็น ส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลรักษา ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากไม่มีอาการ ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างชัดเจน เป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว และเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน ขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 7 ล้านคน ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ในระยะยาวจะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ส่วนสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของตำบลตาลเดี่ยว ในรอบ 3 ปี ตั้งแต่ปี 2565 -

2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ปี 2565 เท่ากับ 952.72 ปี 2566 เท่ากับ 1,441.02 และปี 2567 สูงถึง 1,786.03 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี KAP Model เพื่อใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติหรือพฤติกรรม (Practice) ซึ่ง KAP Model จะมีบทบาทสำคัญในการทำความเข้าใจและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจะแสดงให้เห็นว่า ความรู้สามารถส่งผลต่อทัศนคติ และทัศนคติจะส่งผลต่อพฤติกรรม (Singh & Malaviya, 1994)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการวางแผน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในเชิงรุกและเชิงรับให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, B.S. Ed et al., 1956) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP Model) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ตั้งแต่ ธันวาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 รวมจำนวนทั้งสิ้น 283 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง, 2568) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 166 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Yamane T, 1973) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยเลือกตามความสะดวก (Convenience Sampling) จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตั้งแต่ ธันวาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 ผู้ที่มีคุณสมบัติ

ตรงตามเกณฑ์ และยินยอมเข้าร่วมจึงได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง (ถาวร มาตัน, 2560)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 53 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการป่วย โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวกำหนดให้แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ ข้อความเชิงลบ 5 ข้อ การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาความรู้แบบรายข้อ ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

น้อยกว่าร้อยละ 60	0 - 8 คะแนน	ระดับต่ำ
ร้อยละ 60 - 79	9 - 11 คะแนน	ระดับปานกลาง
ร้อยละ 80 - 100	12 - 15 คะแนน	ระดับสูง

โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) (Likert, 1932) ประเมินคำตอบ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือกได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย เป็นข้อความเชิงบวก 7 ข้อ ข้อความเชิงลบ 7 ข้อ เกณฑ์ในการประเมินพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ของ (Best, 1997) โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66	ทัศนคติระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.32	ทัศนคติระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.33 - 3.00	ทัศนคติระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 17 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรฐาน

ประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) (Likert, 1932) โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เป็นข้อความเชิงบวก 11 ข้อ ข้อความเชิงลบ 6 ข้อ การแปลผลคะแนนระดับพฤติกรรมประกอบด้วย แปลผล เป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ของ (Best, 1997) โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0 - 0.66	พฤติกรรมระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.32	พฤติกรรมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.33 - 2.00	พฤติกรรมระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านการตรวจจากอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.67-1.00 และนำเครื่องมือไปทดสอบ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไขว่ ตำบลหนองไขว่ อำเภอลี้ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.789 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.773 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.800 รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.785

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง
2. ผู้ศึกษาดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดในการตอบแบบสอบถามแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยเก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม

3. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ธันวาคม 2567 - พฤษภาคม 2568

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิ ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูล ที่ได้จากแบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษา เท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น

โดยผู้วิจัยได้ทำการขอจริยธรรมการวิจัย จากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว (CPH-EC-048/2568) วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะกับการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัด เพชรบูรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square และสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์ปัจจัย ส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.50 อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.90 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 63.57 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 45 ปี อายุสูงสุด เท่ากับ 94 ปี ส่วนใหญ่มีคู่ ร้อยละ 63.90 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.10 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.80 มีรายได้ 1,000 - 5,999 บาท/เดือน ร้อยละ 61.40 รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุดคือ 9,000 บาท ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วย น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 68.10 ระยะเวลาการป่วยต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 30 ปี

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 39.80 รองลงมาความรู้ระดับ ปานกลาง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 33.70 และ ความรู้ระดับต่ำ จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 26.50 โดยมีคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 14 คะแนน $\bar{X} = 10.40$, S.D. = 2.678

3. ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิเคราะห์ทักษะเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูง พบว่า ระดับทักษะเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงพบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะระดับสูง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 60.20 รองลงมาทักษะระดับ ปานกลางจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 39.80 โดยมี $\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.490, Min = 2.00, Max = 3.00

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมระดับปานกลาง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 53.60 รองลงมาความรู้ระดับ ปานกลาง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 53.60 โดยมี $\bar{X} = 2.46$, S.D. = 0.500, Min = 2.00, Max = 3.00

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง

5.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัย ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	χ^2	P - value	แปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ	1.724	0.189	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	0.494	0.482	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	0.356	0.551	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	2.089	0.148	ไม่มีความสัมพันธ์

5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ รายได้ และระยะเวลาป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	r	P - value	แปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	- 0.012*	0.878	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	- 0.234*	0.018	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการป่วย	- 0.085*	0.274	ไม่มีความสัมพันธ์

5.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมี ($r = 0.397$, $P\text{-value} = < 0.001$) และ ($r = 0.569$, $P\text{-value} = < 0.001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	r	P - value	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.397*	< 0.001	มีความสัมพันธ์
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.569*	< 0.001	มีความสัมพันธ์

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 39.80 เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสได้เข้ารับการอบรม ได้รับคำแนะนำผ่านสื่อต่าง ๆ และได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิไลลักษณ์ เจริญฤทธิ์ และสุรเดช สำราญจิตต์ (2566) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภหาดสำราญ จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้จากกลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.10

2. ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 60.20 เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสได้เข้ารับการอบรม ปรับเปลี่ยนทัศนคติ มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ซึ่งตรงตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP Model) กล่าวไว้ว่า ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ แก้วด้วง (2567) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ระดับทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.50

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 53.60 เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง ซึ่งส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวดี น้ำรินชื่นจิตใส (2564) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเซพะนะเดอลู ผลการศึกษาพบว่า ด้านการปฏิบัติตัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.60

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษา พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = -0.012$, $P - \text{value} = 0.878$), ($r = -0.234$, $P - \text{value} = 0.018$), ($r = -0.085$, $P - \text{value} = 0.274$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพลิน อำไพ และคณะ (2566) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลคอโค อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การมีผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมี ($r = 0.397$, $P - \text{value} < 0.001$) และ ($r = 0.569$, $P - \text{value} < 0.001$ ตามลำดับ) เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสได้เข้ารับการอบรม ได้รับคำแนะนำผ่านสื่อต่าง ๆ และได้รับ

การถ่ายทอดความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข และมีโอกาสได้เข้ารับการอบรมปรับเปลี่ยนทัศนคติ มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้ในระดับสูง ซึ่งตรงตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP Model) กล่าวไว้ว่า ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ซึ่งส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิไลลักษณ์ เจริญฤทธิ์ และสุรเดช สำราญจิตต์ (2566) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภหาดสำราญ จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.538$) และความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.484$)

สรุปผล

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อาจเนื่องมาจากในแต่ละปีจะมีการจัดโครงการกิจกรรมในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์โดยการถ่ายทอดผ่านการอบรมที่ไม่แตกต่างกัน แต่ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากผลการศึกษาควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ กิจกรรมปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ ทัศนคติที่ดี นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดี และสามารถเป็นแบบอย่างและสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยในเขตที่ตนรับผิดชอบได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่าการออกกำลังกายไม่สามารถลดและป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บุคลากรสาธารณสุขควรปรับทัศนคติผู้ป่วยโดยสร้างการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

3. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงแต่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองยังอยู่อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการติดตามและประเมินผลการให้ความรู้ และการปรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบของวิธีการถ่ายทอดความรู้ กิจกรรมปรับเปลี่ยน ทัศนคติเกี่ยวกับโรค

ความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นต้นแบบในการจัดอบรม
จัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

2. ควรศึกษาติดตามพฤติกรรม การดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
เป็นระยะ ๆ

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2567). โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension). https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52

ถาวร มาตั้น. (2560). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สุโขทัย: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง วิทยาเขตสุโขทัย.

พิไลลักษณ์ เจริญฤทธิ์ และสุรเดช สำราญจิตต์ (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อำเภหาดสำราญ จังหวัดตรัง. *ในการประชุมวิชาการ (Proceedings) ระดับชาติประจำปี 2566 เรื่อง “มิติใหม่ในการดูแลสุขภาพ : สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ”* (หน้า 616 - 625). กรุงเทพมหานคร: จัดโดย สมาคมพยาบาลทหารบก วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ประชุมออนไลน์ผ่านระบบ ZOOM Meeting. วันศุกร์ที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.00 - 17.00 น.

ไพลิน อำไพ, สุจิตรา ทรงยินดี, จีระเดช อินทเจริญสานต์ และปิยนารถ เหมือนวาจา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลโคโค อำเภเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์คชสาลัน*, 45 (2), 23 - 35.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทริค อินค์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2567). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์*. <https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>

สุวดี นารีนชื่นจิตใส. (2564). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขื่อนหะได. *ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก*. <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2565/r2r/MA2565-003-02-0000000763-0000000732.pdf>

องค์การอนามัยโลก. (2566). *ครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกนำเสนอรายงานของผลกระทบอันร้ายแรงจาก ความดันโลหิตสูงและวิธีหยุดยั้งมัน*. <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>

อาภรณ์ แก้วด้วง. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง*. <https://tro.moph.go.th/main/5756/>

Best, John W. (1997). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall, Inc.

- Bloom, B. S. (1975). *Handbook on formative and summative evaluation of student leaning*. United States of America: McGraw - Hill.
- Bloom, B.S. (Ed.). Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., Krathwohl, D.R. (1956). *Taxonomy Of Educational Objectives, Handbook /: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1 - 55.
- Singh, I.N. & Malaviya, A.N. (1994). Long distance truck drivers in India: HIV infection and their possible role in disseminating HIV into rural areas. *International Journal of STD and AIDS*, 5(2), 137 - 138.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis (3rd ed.)*. New York: Harper & Row.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
และภาคีเครือข่ายชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

DEVELOPMENT OF BLOOD SUGAR CONTROL MODEL FOR UNCONTROLLED
TYPE 2 DIABETES PATIENTS THROUGH CARBOHYDRATE COUNTING BY
THE MECHANISMS OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS AND NETWORK PARTNERS
IN CHIANG MAI PROVINCE

สาคร ไชยอำมตย์*, ปรีชา ชัยชนันท์, จิราภรณ์ ชิตตระกูล

Sakorn Chaiammart*, Preecha Chaichanan, Jiraporn Chittrakul

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เชียงใหม่

Chiang Mai Provincial Public Health Office, Chiang Mai, Thailand

*Corresponding author E-mail: Sakorn888@gmail.com

Received: 7 Jul., 2025

Revised: 4 Aug., 2025

Accepted: 8 Aug., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดเชียงใหม่ 2) พัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการนับคาร์บ โดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ 3) ประเมินผลของรูปแบบฯ การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานฯ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบจำนวน 72 คน และระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 79 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Repeated-measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยระบบบริการของรัฐยังไม่ครอบคลุม และมีความล่าช้าเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยครอบครัวและชุมชน ยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการนับคาร์บ โดยใช้โมเดล 4 C ได้แก่ การกำหนดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของกระบวนการ (Center of the Process) การนับคาร์บ (Carbohydrate counting) การให้ อสม.เป็นโค้ชด้านสุขภาพ (Health Coach) ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดในระดับครัวเรือน และการสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกันในชุมชน (Networking Community Connectivity) มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ ดังนั้น รูปแบบที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้, การนับคาร์บ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ภาคีเครือข่ายชุมชน, จังหวัดเชียงใหม่

Abstract

This study was participatory action research. Its objectives were 1) to study the diabetic patient care situation in Chiang Mai Province; 2) to develop a blood sugar control model for uncontrolled type 2 diabetes patients through carbohydrate counting by the mechanisms of village health volunteers (VHVs) and network partners in Chiang Mai Province; and 3) to evaluate the model. The implementation was divided into three phases. Phase 1 involved studying the diabetic patient care situation with a sample of 50 patients. Phase 2 focused on developing the blood sugar control model with a sample of 26 patients for model development and 72 patients who applied the model. Phase 3 evaluated the model with a sample of 79 patients. The tools used included questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussion guides. Data were analyzed using Percentage, Mean, Standard Deviation, Paired t-test, and Repeated-measures ANOVA.

The study found that the current government healthcare system provides diabetic patient care that is fragmented and lacks comprehensiveness. Delays in service delivery are attributed to the large number of patients in the healthcare system. The existing family and community care model for diabetes patients remains insufficiently systematic. To address this gap, a blood sugar control model was developed for type 2 diabetic patients with poor glycemic control using carbohydrate counting. The “4C Model,” comprises the following components: The patient-centered approach, combined with carbohydrate counting, the role of village health volunteers (VHVs) as health coaches, close monitoring at the household level, and the establishment of a community-based care network, led to significant improvements in patients' knowledge and self-care behaviors. HbA1c was significantly reduced ($p < 0.05$) compared to baseline levels prior to the implementation of the model. Therefore, the model developed in this study has the potential to be scaled up to other areas to enhance the effectiveness of diabetes management.

Keywords: Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients, Carbohydrate Counting, Village Health Volunteers, Network Partners, Chiang Mai Province

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรค (NCD : Non Communicable Diseases) เป็นที่สำคัญและพบมากได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคมะเร็ง ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้นๆของโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก คิดเป็นร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก (United Nations International Strategy for

Disaster Reduction Secretariat, 2009) และเกือบสองในสามของการเสียชีวิตทั้งหมดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (World Health Organization, 2022) สำหรับสถานการณ์โรค NCDs ในประเทศไทย พบว่า เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก ที่ผ่านมามีคนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs ปีละกว่า 400,000 ราย หรือมากกว่า 1,000 รายต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 81 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ในจำนวนนี้พบว่า

มีผู้ป่วยเบาหวานถึง 5 ล้านคน (ร้อยละ 9.5) โดยผู้ป่วย 1 ใน 3 คน (ร้อยละ 30.6) ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน และมีเพียง 1 ใน 4 คน (ร้อยละ 26.3) เท่านั้น ที่สามารถควบคุมสถานะของโรคได้

ในปีงบประมาณ 2567 ประเทศไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายในการจัดการโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ โดยข้อมูลจากสถานการณ์โรคติดต่อประจำปีพบว่า การตรวจยืนยันวินิจฉัยในกลุ่มสงสัยผู้ป่วยเบาหวานยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยมีผู้ได้รับการตรวจเพียงร้อยละ 69.58 จากเกณฑ์เป้าหมายที่ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 72 สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในกระบวนการคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ เบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่โรคแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไตเรื้อรัง โดยในปี 2567 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องถึง 1,098,773 ราย ซึ่งร้อยละ 32.2 ของผู้ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวาน ปัญหานี้จึงไม่เพียงเป็นภาระทางสุขภาพ แต่ยังส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลต่อประเทศ ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการป้องกัน คัดกรอง และควบคุมโรคเบาหวาน จึงเป็นวาระเร่งด่วนที่ควรได้รับความสำคัญในระดับนโยบาย และการปฏิบัติอย่างครอบคลุม (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2024)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะอ้วน (International Diabetes Federation, 2023) ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จากรายงานของกรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข (2566) ระบุว่า อัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุและผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาปัจจัยเสี่ยง การจัดการโรค และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สาเหตุของการเป็นโรค NCDs พบหลายปัจจัย เช่น 1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ ประชากรไทยไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวในกิจกรรมทางกายมากพอในการเผาผลาญต่อวัน การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นต้น 2) ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มลพิษทางอากาศ และปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การป้องกันและควบคุมโรค NCDs จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการเร่งจัดการและแก้ไขปัญหานี้ โดยเน้นการให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้แบบยั่งยืนและเป็นวิธีที่สามารถป้องกันโรค NCDs ได้ (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) นอกจากนี้ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการจัดการโรค NCDs โดยใช้กลไก อสม. มีหลักคิดคือ “NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม.” โดยการส่งเสริมให้ อสม. ทำหน้าที่เป็นแกนนำในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพประชาชน โดยการให้ความรู้ สร้างความตระหนัก จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อจัดการปัญหาในชุมชน จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผ่านกระบวนการนักรับโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการปัญหา

โรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และเป็นรูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของ อสม.และภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่ความยั่งยืนสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดเชียงใหม่
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดเชียงใหม่
- 3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดเชียงใหม่ โดยการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง และระดมความคิดเพื่อสรุปสถานการณ์และสภาพปัญหา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยจัดเวทีประชุมระดมความคิดเครือข่าย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดรูปแบบฯ และนำรูปแบบไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบฯ โดยเปรียบเทียบ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อน ระหว่าง และหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ และความพึงพอใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ อสม.จำนวน 40 คน และภาคีเครือข่ายชุมชนตำบลสันกำแพง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มการสร้างรูปแบบฯ ได้แก่ 1) ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขสังกัดโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1 คน 2) ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 คน 3) ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 คน 4) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 1 คน 5) ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน 6) ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 14 คน 7) ตัวแทนเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 คน รวมเป็นจำนวน 26 คน

กลุ่มทดลองใช้รูปแบบฯ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกลุ่ม ๆ ละ 36 คน รวมเป็นจำนวน 72 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1 คน 2) ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 คน 3) ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 คน 4) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 1 คน 5) ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 36 คน 7) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 36 คน รวมเป็นจำนวน 79 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึก

การสนทนา ลักษณะคำถามในการสนทนากลุ่ม ใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questions) เพื่อศึกษามุมมองประสบการณ์แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมประเด็นหลักตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ฯ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณผู้ใช้รูปแบบ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดและเติมข้อความในช่องว่าง (Open-ended) มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา รายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว 2) แบบบันทึกการสังเกต โดยสังเกตจากทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและบทบาทของรูปแบบการดูแลที่ได้นำมาใช้

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ ฯ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดและการบันทึกสุขภาพเบื้องต้น จำนวน 6 ข้อ 2) แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวานเป็นคำถามปลายเปิดด้านความรู้โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว จำนวน 20 ข้อ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 23 ข้อ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจ เพื่อใช้ประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ ฯ จำนวน 11 ข้อ 5) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ใช้รูปแบบ ฯ และภาคีเครือข่าย จำนวน 22 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 - 1.00 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.80 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ หาความสัมพันธ์ของข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พร้อมกับเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อสร้างข้อสรุปผลการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 17 มกราคม 2568 เลขที่ CM 22/2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาศาสนาการณการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดเชียงใหม่ ได้ผลดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงบริการ การให้บริการอาจเกิดความล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าใช้บริการมีจำนวนมาก บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่สามารถให้เวลาการบริการได้มากพอต่อความต้องการ เช่น การตอบคำถามในข้อสงสัยเชิงลึก อาจจะเป็นการปฏิบัติตนอย่างละเอียด เช่น ความรู้ด้านโภชนาการ เป็นต้น

2. ด้านการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่ครอบคลุม จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทำให้การติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยทุกรายอาจจะเป็นไปได้ยากสำหรับเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ ต้องคัดแยกผู้ป่วยที่มีความจำเป็นมากในลำดับแรกที่ต้องเข้าเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งบางกรณีผู้ป่วยอยู่คนเดียวอาจส่งผลให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลตนเองลดลง

3. ด้านภาคีเครือข่าย การติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยภาคีเครือข่าย เช่น อสม. เป็นกลไกอันดับแรก ผู้นำท้องถิ่น รวมทั้งองค์กรภาคีอื่นๆ เข้ามาร่วมกันสร้างความรู้ ความตระหนัก

แก่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่ในปัจจุบัน ภาคีเครือข่าย
กับงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ชัดเจน การประสาน
สัมพันธ์ไม่พบ

4. ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ยังมี
ความเข้าใจในการดูแลตนเองแบบไม่ถูกต้อง เช่น
ด้านโภชนาการ ที่มีส่วนสำคัญมากกับการลดระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งการปฏิบัติ
ตนด้านอื่นๆ

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการ นับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

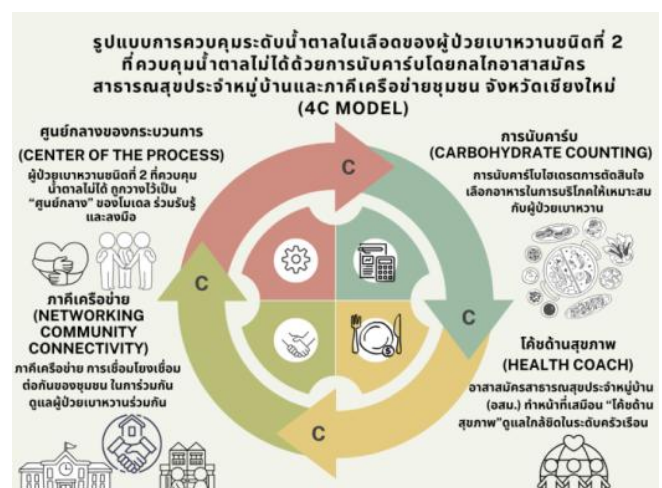
จากผลการศึกษาศาสนาการณและสภาพ
ปัญหาในระยะที่ 1 ได้มีการประชุมระดมความคิด
เพื่อสร้างรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้
ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัด
เชียงใหม่ ที่เรียกว่า Four C Model (4C) ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลไม่ได้ เป็นศูนย์กลางของกระบวนการ
(Center of the Process) ร่วมรับรู้ และลงมือ
เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของสุขภาพตนเอง
โดยเฉพาะในมิติของ "การนับคาร์บไฮเดรต
ด้วยตนเอง" (Self Carb Counting) ซึ่งเป็นกลยุทธ์
ส่งเสริมการตัดสินใจเลือกอาหารอย่างมีสติ
ไม่พึ่งพาการควบคุมจากบุคคลภายนอกเพียง
อย่างเดียว ผ่านการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรม
อย่างต่อเนื่อง

2. การนับคาร์บ (Carbohydrate counting)
หรือการนับปริมาณคาร์บไฮเดรต เป็นเทคนิค
ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉพาะ
ในผู้ป่วยเบาหวาน การนับคาร์บตามบริบทอาหาร
ถิ่นในพื้นที่ของตนเอง สามารถประยุกต์ปรับใช้สื่อ
ที่ได้รับเพื่อง่ายต่อการสร้างความเข้าใจในการดูแล
ตนเอง

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) ทำหน้าที่ "โค้ชด้านสุขภาพ" (Health Coach)
ดูแลใกล้ชิดในระดับครัวเรือน การเลือกอาหาร
ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน และการสื่อสาร
ให้คำแนะนำเชิงบวก อสม.จะทำหน้าที่เป็น
ผู้สนับสนุนหลักด้านการเรียนรู้โภชนาการ ผ่านการ
อบรม และให้เครื่องมือ เช่น สื่อภาพโมเดลอาหาร
คาร์บต่ำ สื่อวีดิทัศน์อาหารท้องถิ่น สื่อเสียงตามสาย
หมู่บ้าน ในผู้ป่วยเบาหวาน สมุดจดบันทึก

4. ภาคีเครือข่าย การเชื่อมโยงเชื่อมต่อกัน
ของชุมชน (Networking Community Connectivity)
คนในชุมชนช่วยกันสร้างกิจกรรมให้เกิดการดูแลกัน
และกัน การควบคุมน้ำตาลไม่อาจเกิดผลได้ ดังนั้น
โมเดลนี้จึงออกแบบให้เกิดความร่วมมือกับภาคี
ในชุมชน เช่น บ้าน/วัด/ราชการ (บวร) เช่น บ้าน คือ
ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าใจและมีบทบาทในการเตรียม
อาหารที่เหมาะสม วัดทำกิจกรรมชุมชน ราชการ เช่น
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่วนราชการอื่น
ในพื้นที่ ให้การสนับสนุนหลากหลายช่องทาง
กลุ่มหรือชมรมอื่นๆ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย ชมรม
ผู้สูงอายุ เป็นส่วนในการสนับสนุนต่างๆ รวมทั้ง
เป็นฐานการเรียนรู้และเผยแพร่ความรู้เรื่อง
การนับคาร์บในครัวเรือน



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาล
ไม่ได้ ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน

หลังจากได้รูปแบบฯ ได้นำไปทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบ

ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการ นั้บคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

ด้านความรู้ พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบ ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบกับ ก่อนดำเนินการ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยก่อน ดำเนินการกลุ่มผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก หลังทดลองใช้รูปแบบส่วนกลุ่ม อสม. ก่อน ดำเนินการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และเพิ่มเป็นระดับดีมากหลังทดลองใช้รูปแบบ

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา การศึกษา โดยเริ่มจาก 7.80 ± 0.14 ก่อนการพัฒนา (week 0) ลดลงเป็น 7.63 ± 0.13 ระหว่างการพัฒนา (week 6) และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็น 7.45 ± 0.12 หลังการพัฒนา (week 12) โดย ผลการวิเคราะห์ Repeated-measures ANOVA พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง แต่ละช่วงเวลา ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการนั้บคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน (N = 36)

ตัวแปร	ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	95% CI	p-value
ระดับน้ำตาล ในเลือด (HbA1C)	ก่อนการพัฒนา ^a (week 0)	7.80 ± 0.14	(7.506, 8.099)	<0.05 ^{ac bc}
	ระหว่างการพัฒนา ^b (week 6)	7.63 ± 0.13	(7.367, 7.894)	
	หลังการพัฒนา ^c (week 12)	7.45 ± 0.12	(7.197, 7.719)	

* $p < 0.05$; ab คือ ก่อนการพัฒนาเปรียบเทียบกับระหว่างการพัฒนา bc คือ ระหว่างการพัฒนาเปรียบเทียบกับหลังการพัฒนา ac คือ ก่อนการพัฒนาเปรียบเทียบกับหลังการพัฒนา

ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มผู้ป่วยและภาคี เครือข่ายมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากระดับมาก เป็นระดับมากที่สุด ส่วนกลุ่ม อสม.มีความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด โดยการเปลี่ยนแปลงในทั้งสามกลุ่มมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ในชุมชนมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ การสร้างการตระหนักรู้ผ่านการศึกษาบ้าน โดย อสม. และภาคีเครือข่าย ความศรัทธาในบทบาท ของผู้นำสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางจิตใจ จากครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยและพบว่าอุปสรรคสำคัญของการ ดำเนินงานคือข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะในมิติ ของโภชนาการในสถานที่ทำงาน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ เกิดจากการใช้โมเดล 4C ซึ่งประกอบด้วย 4 กลไก สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ถูกวางไว้เป็น “ศูนย์กลาง” ของโมเดล ร่วมรับรู้และลงมือ เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ong-Artborirak, P. และคณะ เรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นพื้นฐานสำหรับการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Ong-Artborirak, P. et.al, 2023)

2) การนับคาร์บ (Carbohydrate counting) หรือการนับปริมาณคาร์โบไฮเดรต เป็นเทคนิคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน มีงานวิจัยยืนยันว่าการนับคาร์บเป็นการช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (Vural, H. et.al, 2023) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Toemkrathok, S. และคณะ ซึ่งได้ศึกษาการประยุกต์ใช้การนับคาร์โบไฮเดรตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้แอปนับคาร์โบไฮเดรตช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลา 12 สัปดาห์ (Toemkrathok, S. et.al, 2024)

3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เสมือน “โค้ชด้านสุขภาพ” (Health Coach) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sulfikar, A.

และคณะ พบว่า การมีโค้ชสุขภาพไม่ว่าจะใช้เทคนิคการพบกันแบบเห็นหน้าหรือการผ่านโทรศัพท์ เพื่อให้ความรู้คำแนะนำพบว่าสามารถลด HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานได้ (Sulfikar, A. et.al, 2023) และผลการศึกษาของ Aliun, F. W. และคณะ พบว่า การให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพสามารถเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Aliun, F. W. & Arofiati, F., 2022)

4) การเชื่อมโยงเชื่อมต่อกันของภาคีเครือข่ายในชุมชน (Networking Community Connectivity) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Botchway M. และคณะ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วย โดยเฉพาะครอบครัวหรือเครือข่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาค้นคว้าพบว่าครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (Botchway, M. et.al, 2023) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Al-Dwaikat, T. และคณะ ที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยช่วยเพิ่มความมั่นใจ ประสิทธิภาพในตนเอง และแรงจูงใจในการจัดการโรค ปัจจัยสำคัญที่ควรพิจารณา ได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วย ผู้สนับสนุน ความสัมพันธ์ระหว่างกัน และความรุนแรงของโรค หากการสนับสนุนเหมาะสมและต่อเนื่อง จะช่วยส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Al-Dwaikat, T. et.al, 2023)

จากผลการประเมินรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการ และผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นหลังจากการทดลองใช้โมเดล 4C เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา (Silitonga, M. et.al, 2025) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในตนเองแตกต่างกัน

อย่างชัดเจนก่อนและหลังการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยก่อนการให้ความรู้ผู้ป่วยมีระดับการตระหนักรู้ต่ำ แต่หลังได้รับความรู้แล้วความตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้ตนเองของผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ด้วยการนับคาร์บ โดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ผ่านโมเดล 4C สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการนับคาร์บผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายในชุมชนตามโมเดล 4C ที่พัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นถึงศักยภาพ

ของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน จึงควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ นำรูปแบบดังกล่าวไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการอบรมและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการนับคาร์บแก่ อสม.อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมทักษะการเป็น Health Coach ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาต่อยอดในพื้นที่อื่นที่มีความหลากหลายด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อทดสอบความเหมาะสมและความยืดหยุ่นของโมเดล 4C ในบริบทต่าง ๆ อีกทั้งควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรม การดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การลดภาวะแทรกซ้อนหรืออัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างสูง ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). แผนปฏิบัติการ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570). สำนักงานเลขานุการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อชาติ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี.
- สำนักสารสนเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 “เสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน”. กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี. <https://pr.moph.go.th/online/index/news/305516>
- Al-Dwaikat, T. N., Ali, A. M., & Khatatbeh, H. (2023). Self-management social support in type 2 diabetes mellitus: A concept analysis. *Nursing Forum*, 2023(1), 1–9.
- Aliun, F. W., & Arofiati, F. (2022). Effects of health coaching on self-care and HbA1c in type 2 diabetes mellitus: A literature review. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(4), 1091–1096.
- Botchway, M., Davis, R. E., Merchant, A. T., Appiah, L. T., Sarfo-Kantanka, O., & Moore, S. (2023). Social networks, perceived social support, and HbA1c in individuals with type 2 diabetes mellitus in urban Ghana. *Ethnicity & Health*, 28(2), 281–298.

- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). *Annual communicable and non-communicable disease surveillance report, fiscal year 2024 [PDF file]*. Department of Disease Control.
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1668120250117072316.pdf>
- International Diabetes Federation. (2023). Annual report 2023 (pp. 1–33).
<https://idf.org/media/uploads/2024/06/IDF-Annual-Report-2023.pdf>
- Ong-Artborirak, P., Seangpraw, K., Boonyathee, S., Auttama, N., & Winaiprasert, P. (2023). Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study in Thai communities. *BMC Geriatrics*, 23(1), 297.
- Silitonga, M., Andini, P. N. I., Lestari, G. W., Zega, G., Ayu, R., & Nababan, T. (2025). The effectiveness of health education on self-awareness of diabetes mellitus patients in reducing blood sugar levels in Royal Prima Hospital Medan. *Jurnal Ners: Research & Learning in Nursing Science*, 9(2), 2334–2338.
- Sulfikar, A., Irwan, A. M., & Restika, I. (2023). The influence of health coaching in controlling blood sugar in type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review. *International Journal of Nursing and Health Services*, 6(2), 112–120.
- Toemkrathok, S., Jantacumma, N., & Waelveerakup, W. (2024). Carb count application and food consuming behavior modification in type 2 diabetes mellitus patient. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 55(4).
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction Secretariat. (2009). *Global assessment report on disaster risk reduction (2009)*. Geneva: United Nations International Strategy for Disaster Reduction Secretariat (UNISDR).
<https://www.undrr.org/publication/global-assessment-report-disaster-risk-reduction-2009>.
- Vos, R. C., den Ouden, H., Daamen, L. A., Bilo, H. J. G., Denig, P., & Rutten, G. E. H. M. (2023). Population-based screen-detected type 2 diabetes mellitus is associated with less need for insulin therapy after 10 years. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 11(1), e003279.
- Vural, H., Uzuner, A., Unalan, P. C., & Sinav, H. O. (2023). The effect of basic carbohydrate counting on HbA1c in type 2 diabetic patients: A non-randomized controlled trial. *Primary Care Diabetes*, S1751-9918(23),172-179.
- World Health Organization. (2018). *Tobacco Use is Falling, but not fast enough*. Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Thailand Country Cooperation Strategy 2022-2026*. World Health Organization Thailand.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373066/9789290210771-eng.pdf?sequence=1>

**การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว
โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน**
**DEVELOPMENT OF SURVEILLANCE, PREVENTION, AND CONTROL PROTOCOLS FOR
COMMUNICABLE DISEASES ALONG THE THAI-LAOS BORDER THROUGH COMMUNITY LEADERS
AND VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN NAN PROVINCE**

ชุมพล สุทธิ¹, แชน อะทะไชย², อิศราภาพ มาเรือน³

chumphon suddi¹, Chaen atachai², Isaraphap Maruen³

^{1,2}สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, ³สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปัว

^{1,2}Nan Provincial public health office, ³Pua district public health office

*Corresponding author E-mail: th_pui@hotmail.com

Received: 26 Jun., 2025

Revised: 14 Aug., 2025

Accepted: 18 Aug., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐในพื้นที่จุดผ่อนปรนชายแดนไทย-ลาว ได้แก่ 1) จุดผ่อนปรน บ้านใหม่ชายแดน อำเภอสองแคว 2) จุดผ่อนปรนบ้านน้ำปี้ อำเภอเวียงสา 3) จุดผ่อนปรนบ้านห้วยสะแตงอำเภอทุ่งช้าง และ 4) จุดผ่อนปรนบ้านเปียงซ้อ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ รวมจำนวน 188 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบและแบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์แบบการสังเกตและบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที่ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนาผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง มีทักษะในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอยู่ในระดับน้อย และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีข้อสรุปที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) ด้านการวางแผนกลยุทธ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 2) ด้านการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 3) ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 4) ด้านการเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ประสิทธิภาพของการพัฒนาผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ระยะก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ, ชายแดนไทย-ลาว, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This participatory action research aimed to study the development of surveillance, prevention and control protocols of communicable diseases among Thai - Laos cross border area by engaging community leaders and village health volunteers in Nan Province. The participants were selected using purposive sampling, including 188 community leaders and village health volunteers, and government officials at border relaxation points. Data was collected using test forms, questionnaires, group conversations, observations and field notes, interviews, and group discussions. The quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test. While the qualitative data was analyzed using content analysis.

The results of this study showed that current knowledge of the community leaders and village health volunteers regarding surveillance, prevention and control protocol for communicable diseases in the community was at a moderate level, their skills and practices in this area were also at a moderate level. The development of surveillance prevention and control protocols of communicable diseases along the Thai - Laos cross border consisted of 4 aspects; 1) Strategic plan preparation for surveillance, prevention and control of communicable diseases along the Thai - Laos cross border. 2) Capacity building of community leaders and village health volunteers for surveillance, prevention and control protocol of communicable diseases. 3) Development of an information system for diseases surveillance, prevention and control along the Thai - Laos cross border, and 4) Strengthening participation with network partners. From the evaluation results, the mean scores of knowledge, skills, practices, and participation in operational surveillance, prevention, and control of communicable diseases were significantly higher after the development compared to before the intervention at the 0.05 level.

Keyword: Surveillance, prevention and control protocol of communicable diseases, Thai - Laos cross border, community leader, Village health volunteer

บทนำ

ประเทศไทยมีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ถึง 4 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) ราชอาณาจักรกัมพูชา และสหพันธรัฐมาเลเซีย (รวัดต์ ชาญวรัตน์ และคณะ, 2567) จากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจนโยบายการค้าเสรี ประกอบกับการคมนาคมการขนส่ง และการติดต่อสื่อสารที่มีความสะดวก รวดเร็ว ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านแรงงาน การค้าขาย การร่วมงานทางประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพของประชาชนบริเวณแนวชายแดน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) เมื่อประกอบกับสถานการณ์โรคติดต่อในปัจจุบัน มีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก รวมถึงโรคที่เคยควบคุมให้สงบไปแล้วกลับมาระบาดใหม่ (Re-Emerging) และมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงของการแพร่ระบาด มีความซับซ้อนและความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาอีกด้วย (จรรรงค์ ลีสุรพงษ์, 2553) โดยสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่จากการเคลื่อนย้ายของประชากรที่ผ่านมา มีการระบาดของโรคติดต่อสำคัญในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก วัณโรค โรคมือ เท้าปาก โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี โรคอุจจาระร่วง และโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ในขณะที่ระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในทุกระดับ ระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยด้านสุขภาพ ยังไม่ได้มาตรฐานหรือยังไม่ครอบคลุมทั้ง 5 ระบบ และมีข้อมูลไม่ครบทั้ง 5 มิติ ทำให้ไม่สามารถนำไปแก้ไขปัญหาป้องกันควบคุมโรคชายแดนได้อย่างยั่งยืน ระบบการรายงานเหตุผิดปกติในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินยังไม่ทันต่อเหตุการณ์ ศักยภาพของทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) หรือระบบเฝ้าระวัง

โรคที่ช่องทางเข้าออกประเทศและพื้นที่ชายแดนขาดประสิทธิภาพในการตรวจจับโรคและภัยด้านสุขภาพที่สำคัญ และไม่เชื่อมโยงกับระบบเฝ้าระวังปกติ (พิ ชณุรักษ์ กันทวี, 2563) การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนจึงเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่มีกลไกการทำงานที่มีความสลับซับซ้อน และเกี่ยวพันกับยุทธศาสตร์ในด้านความมั่นคงตามแนวชายแดน ซึ่งในการทำงานมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (วิโรจจิโรจน์วัฒน์ และคณะ, 2556)

ประเทศไทยที่มีพรมแดนติดกับ สปป.ลาว 11 จังหวัด มีช่องทางผ่านแดนสากล จำนวน 19 จุด จุดผ่านแดนชั่วคราว 1 จุด และจุดผ่อนปรน 31 จุด ทำให้ประชาชนเดินทางไปมาหาสู่กันได้ง่ายมากยิ่งขึ้น (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555) และนอกจากนี้ ยังมีช่องทางผ่านแดนซึ่งช่องทางธรรมชาติเพื่อการเดินทางเข้า-ออกของประชาชนที่เดินทางไปมาหาสู่กัน ลักษณะเยี่ยมญาติ มิได้มีประกาศให้เป็นจุดผ่านแดนประเภทใด ๆ หรือเป็นช่องทางที่เคยประกาศเป็นจุดผ่านแดนชั่วคราวหรือจุดผ่อนปรนการค้าชายแดนที่ได้ประกาศยกเลิกเมื่อหมดภารกิจแล้ว แต่ยังคงมีการเข้า-ออกของประชาชนอยู่ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการนำผลผลิตหรือสินค้าต่าง ๆ มาแลกเปลี่ยนหรือซื้อขายเพื่อการดำรงชีพอย่างต่อเนื่อง (นพรัตน์ วงศ์วิทยาพาณิชย์ และคณะ, 2554)

จังหวัดน่าน มีชายแดนติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว รวม 6 อำเภอ ระยะทาง 277 กิโลเมตร มีจุดผ่านแดนถาวร จำนวน 1 จุด ได้แก่ ด่านห้วยโก๋น-น้ำเงิน อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน และมีจุดผ่อนปรน จำนวน 4 จุด ได้แก่ 1) จุดผ่อนปรน บ้านใหม่ชายแดน อำเภอสองแคว 2) จุดผ่อนปรนบ้านน้ำปี้ อำเภอเวียงสา 3) จุดผ่อนปรนบ้านห้วยสะแตงอำเภอทุ่งช้าง และ 4) จุดผ่อนปรนบ้านเปียงซ้อ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ (สำนักงานพาณิชย์

จังหวัดน่าน, 2562) การมีด่านชายแดนและจุดผ่อนปรนดังกล่าวทำให้การคมนาคม การขนส่ง การอพยพแรงงานข้ามชาติ และการสัญจรไปมาหาสู่ของประชาชนทั้งสองประเทศมีความสะดวก โดยเฉพาะการเข้ามารับบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนจาก สปป.ลาว มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากเชื่อมั่นในศักยภาพของระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะปัญหาโรคติดต่อที่ควบคุมได้ยากเนื่องจากการมีผู้ป่วยจำนวนมากและบางส่วนลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย โดยเข้ามาตามจุดผ่อนปรนและจุดช่องทางผ่านแดนธรรมชาติที่เจ้าหน้าที่ภาครัฐควบคุมดูแลไม่ทั่วถึงไทย (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

จุดผ่อนปรนทั้ง 4 แห่งของจังหวัดน่านเป็นช่องทางที่เคยประกาศเป็นจุดผ่านแดนชั่วคราวหรือจุดผ่อนปรนการค้าชายแดนที่ได้ประกาศยกเลิกเมื่อหมดภารกิจแล้ว แต่ประชาชนทั้งสองประเทศยังไปมาหาสู่กันอยู่เสมอ โดยประชาชน สปป.ลาว เดินทางเข้า-ออก โดยไม่มีระบบ ระเบียบ หรือหลักเกณฑ์ปฏิบัติใด ๆ ซึ่งผู้ที่เดินทางเข้ามาเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องการเข้ามารักษาในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย และถือว่าเป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการนำเอาโรคติดต่อเข้ามาแพร่ระบาดในพื้นที่ได้ จากข้อมูลสถานการณ์การควบคุมโรคติดต่อชายแดนของจังหวัดน่าน พบว่าในช่วงเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2567 มีประชาชนจาก สปป.ลาว เข้ามาในพื้นที่ชุมชนตามจุดผ่อนปรนทั้ง 4 แห่ง จำนวน 1,755 คน โดยเดินทางเข้ามาเพื่อรับบริการด้านสุขภาพจำนวน 961 ราย (ร้อยละ 54.75) และมาด้วยด้วยวัตถุประสงค์อื่น ๆ เช่น การเยี่ยมญาติ การค้าขาย และแลกเปลี่ยนสินค้า จำนวน 794 ราย (ร้อยละ 45.24) และในจำนวนนี้ พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อสำคัญอื่น ๆ เช่น โรคฉี่หนู โรคมาลาเรีย

โรคเลปโตสไปโรซิส โรคอุจจาระร่วง โรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคอาหารเป็นพิษ เป็นต้น ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้ หากจุดผ่อนปรนทั้ง 4 แห่ง ไม่มีรูปแบบในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ดี ย่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำเชื้อโรคติดต่อต่าง ๆ เข้ามาแพร่ระบาดในพื้นที่ได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศของไทยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560-2564 มีการกำหนดแผนงานเพื่อการพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศและจังหวัดชายแดน ให้มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิบัติงานตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2560-2564 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยเน้นให้ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และระบบงาน ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินให้ครอบคลุมโรคระบาดและภัยสุขภาพที่สำคัญ (วรวิทย์ชาญวิรัตน์ และคณะ, 2567) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนมีความจำเป็นต้องหามาตรการหรือแนวทางที่มีประสิทธิภาพมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และเหมาะสมกับสภาพบริบทของพื้นที่ ถ้าสามารถตรวจจับความผิดปกติได้เร็ว จะทำให้สามารถควบคุมโรคได้ง่าย (สุกเนตร ชัยนา และคณะ, 2562) การขาดระบบการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และด้านควบคุมโรค การดำเนินงานจึงไม่สามารถขับเคลื่อนได้ ด้วยเงื่อนไขและข้อจำกัดต่าง ๆ (ธานี นามม่วง, 2566) สำหรับการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดน่าน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การขาดรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน การขาดระบบการจัดเก็บข้อมูลการผ่านแดนที่ถูกต้อง

การขาดระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคที่มีมาตรฐาน ตลอดจน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชนและภาคีเครือข่ายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักต่อปัญหา ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ สอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม ทฤษฎีความตระหนัก ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และหลักการควบคุมโรคเบื้องต้น ประกอบกับจำนวนผู้ที่เดินทางเข้ามายังช่องทางแดนธรรมชาติได้ทวีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง การป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อบริเวณจุดผ่อนปรนให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาวโดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน โดยมีมุ่งพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนและ อสม. ให้เป็นฟันเฟืองหลักในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งผลจากการดำเนินงานจะช่วยลดอัตราเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่อตามแนวชายแดนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยแบ่งขั้นตอนของการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

1. ระยะที่ 1 การสังเคราะห์สภาพ สถานการณ์ และศักยภาพของผู้นำชุมชนและ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาวฯ ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนตุลาคม - เดือนพฤศจิกายน 2567 รวมระยะเวลา 2 เดือน

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาวฯ ระยะเวลา เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2567 รวมระยะเวลา 2 เดือน

- 2.1 สร้างรูปแบบโดยการระดมสมองให้ได้รูปแบบใหม่ที่ผู้มีส่วนร่วมเห็นว่าเหมาะสม

- 2.2 นำรูปแบบที่ร่วมกันกำหนดไปทดลองใช้ และปรับปรุงเพื่อให้มีประสิทธิภาพนำไปใช้จริง

3. ระยะที่ 3 การนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ระยะเวลาตั้งแต่เดือน มกราคม- พฤษภาคม 2568 รวมระยะเวลา 5 เดือน มีการประเมินก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ และประเมินความพึงพอใจในรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว มีระยะเวลาดิตตามผล 2 เดือนหลังการพัฒนารูปแบบฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) รวมจำนวน 188 คน จำแนกดังนี้

1. ผู้นำชุมชนในพื้นที่จุดผ่อนปรน 4 แห่ง ได้แก่ กำนัน 4 คน ผู้ใหญ่บ้าน 4 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 8 คน สารวัตรกำนัน 4 คน แพทย์ประจำตำบล 4 คน คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) 20 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) 8 คน รวมจำนวน 52 คน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่จุดผ่อนปรน 4 แห่ง จำนวนพื้นที่ละ 25 คน รวม 100 คน

3. บุคลากรภาครัฐที่รับผิดชอบหรือปฏิบัติงานในพื้นที่จุดผ่อนปรนทั้ง 4 จุด ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข 10 คน ครูอนามัยโรงเรียน 4 คน พัฒนาการประจำตำบล 4 คน เกษตรตำบล 4 คน ปศุสัตว์ตำบล

4 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 คน รวม 36 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

1. เป็นผู้นำชุมชน และอสม. ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จุดผ่อนปรน บ้านใหม่ชายแดน บ้านน้ำปี้ บ้านห้วยสะแตง และบ้านเปียงซ้อ

2. สามารถให้ข้อมูลโดยการกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ และกรณีไม่สามารถกรอกแบบสอบถามด้วย ตนเองสามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

3. สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาตามโครงการ โดยได้รับการบอกกล่าวข้อมูลของโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

1. ไม่สนใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและการตอบแบบสอบถาม

2. ขอลถอนตัวในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการวิจัย

3. เจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้อย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **ระยะที่ 1** การสังเคราะห์สภาพสถานการณ์และศักยภาพของผู้นำชุมชนและอสม. ในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ต่อเดือน ตำแหน่งในชุมชน และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ ถูกหรือผิด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบ/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ได้ 0

คะแนน การแปลผลระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

ตอนที่ 3 ได้แก่ แบบสอบถามทักษะการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีทักษะมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีพฤติกรรมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีส่วนร่วมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2. **ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งการสนทนากลุ่ม แบบกึ่งการสังเกต และการบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม

3. **ระยะที่ 3** การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว

3.1 แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทักษะ แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติงาน และ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงานตามรูปแบบฯ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบทดสอบและแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC รายข้อมากกว่า 0.5 ทุกข้อ (อยู่ระหว่าง 0.67-1.00) และแก้ไขปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบและแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้นำชุมชนและ อสม.ในพื้นที่อำเภอป่อเกลือ จังหวัดน่าน จำนวน 30 คน

2.1 การหาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ โดยใช้สูตรการหาความเชื่อมั่นของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) (ธีรวิทย์ เอกะกุล, 2544) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.881

2.2 การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทักษะ พฤติกรรมการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอน บาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2550) โดยแบบสอบถามทักษะฯ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.855 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.802 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมฯ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.802

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตและการบันทึก

ภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) และความตรงตามเกณฑ์ (Criterion Validity) ผลการตรวจสอบเครื่องมือมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบและแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ใช้แบบทดสอบความรู้แบบสอบถามทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมฯ ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2567 และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ใช้แบบสอบถามชุดเดิม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2568

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม และแนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม ทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการจัดกิจกรรมตามกระบวนการ เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และถอดบทเรียนตลอดระยะเวลาของการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที (Paired sample t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เลขที่ NAN REC 68-50 วันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ผลการสังเคราะห์สภาพสถานการณ์ และศักยภาพของผู้นำชุมชนและอสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จุดผ่อนปรน 4 แห่งของจังหวัดน่าน ตามบันทึกของผู้นำชุมชน พบว่าในช่วงเดือนตุลาคม 2565-กันยายน 2567 มีประชาชน สเปน.ลาวเดินทางเข้ามาจำนวน 1,755 คน วัตถุประสงค์เพื่อรับบริการด้านสุขภาพจำนวน 961 ราย (ร้อยละ 54.75) และมาเยี่ยมญาติ ค่าขายแลกเปลี่ยนสินค้า และรับจ้าง จำนวน 794 ราย (ร้อยละ 45.24) ผู้ที่เข้ามารับบริการสุขภาพส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โรคอาหารเป็นพิษ โรคมือ เท้า ปาก และโรคฉี่หนู โดยเข้ารับการรักษาเบื้องต้นที่ รพ.สต.ในพื้นที่และส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่ สเปน.ลาว สภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่จุดผ่อนปรนคือ ไม่มีบุคลากรภาครัฐอยู่ปฏิบัติงาน ยกเว้นจุดผ่อนปรนบ้านใหม่ชายแดน อำเภอสองแคว เปิดให้ประชาชนค้าขายในลักษณะตลาดนัดวันอาทิตย์ 1 วัน มีเจ้าหน้าที่ทหารปฏิบัติงานควบคุมดูแล แต่ไม่มีหน่วยงานด้านสาธารณสุขปฏิบัติงาน ผลกระทบด้านสุขภาพคือ สินค้าไม่ปลอดภัยและคุณภาพต่ำ การแอบแฝงขายบริการทางเพศ และภาวะเสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดต่อ ในด้านศักยภาพของผู้นำชุมชนและอสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ พบว่า มีความรู้และทักษะอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอยู่ในระดับน้อย และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 ผลการพัฒนาในระยะที่ 2 ได้รูปแบบที่มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการวางแผนกลยุทธ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 2) ด้านการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนและ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 3) ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน และ 4) ด้านการเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน

2.2 การทดลองใช้รูปแบบ นำไปทดลองใช้กับผู้นำชุมชนและ อสม.พื้นที่อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน จำนวน 50 คน และได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบฯไปปฏิบัติ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ มีผลของการนำรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ไปปฏิบัติในชุมชน ดังนี้

3.1 ด้านการวางแผนกลยุทธ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน โดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) ได้แผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานจำนวน 4 แผน ได้แก่ 1) แผนพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนและ อสม. ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 2) แผนพัฒนาทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับชุมชน 3) แผนพัฒนาข้อมูลสารสนเทศการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน และ 4) แผนสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว

3.2 ด้านการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนและ อสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน โดยมีแผนปฏิบัติการจำนวน 4 แผน มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

3.2.1 ผลของแผนพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน และ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการฯ จำนวนพื้นที่ละ 1 คณะ เพื่อปฏิบัติการเฝ้าระวัง ติดตาม คัดกรองโรคผู้เดินทางข้ามพรมแดน ภายใต้การสนับสนุนของ รพ.สต.ในพื้นที่ คณะกรรมการเสนอผลการดำเนินงานฯ ในการประชุมของชุมชนทุกเดือน และการจัดการอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนให้แก่ผู้นำชุมชน และ อสม. ทุกพื้นที่ จำนวน 4 ครั้ง โดยมีผู้นำชุมชนและอสม. เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 100

3.2.2 ผลของแผนพัฒนาทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับชุมชน มีการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทีม SRRT ชุมชนในพื้นที่จุดผ่อนปรนพื้นที่ละ 1 ทีม มีบทบาทเฝ้าระวังสอบสวนโรค ป้องกัน และควบคุมโรคให้ได้อย่างรวดเร็ว และรายงานข้อมูลเข้าสู่ รพ.สต.ที่เป็นแม่ข่าย มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อแจ้งข่าวสารการเดินทางเข้าออกจุดผ่อนปรนของประชาชน มีการรายงานข้อมูลผู้ที่สงสัยจะป่วยด้วยโรคติดต่อ และดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเบื้องต้นเมื่อมีผู้ป่วยต้องสงสัยว่าอาจเป็นพาหะนำโรคติดต่อเข้ามาในชุมชน และภารกิจอื่น ๆ ที่จะช่วยให้สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.3 ผลของแผนพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน มีการใช้แผนที่เดินดินในการสำรวจพื้นที่จุดเสี่ยงภายในหมู่บ้านและรอบ ๆ หมู่บ้าน มีการกำหนดแนวทางการประสานข้อมูลผู้เดินทางข้ามจุดผ่อนปรน ผู้ป่วย ผู้สงสัยป่วย โดยผู้นำชุมชน และ อสม. และวางแผนปฏิบัติการรายงานข้อมูลให้ประชาชนได้ถือปฏิบัติด้วย ในส่วนของ รพ.สต./สสข.เมื่อได้รับรายงานจะส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อประเมินสถานการณ์ และมีการคืนข้อมูลสู่พื้นที่

เพื่อดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคตามมาตรการต่อไป

3.2.4 ผลของแผนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว มีการจัดการประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา แนวทางการแก้ไข และคืนข้อมูลสู่ชุมชนและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังระดับครัวเรือน ในกรณีมีญาติจากต่างแดนเข้ามาเยี่ยมญาติ และพักค้างคืน มีการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเฝ้าระวังโรค และในส่วนหน่วยงานปศุสัตว์ดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดต่อจากสัตว์ผ่านการดำเนินงานของอาสาสมัครปศุสัตว์ชุมชนอีกทางหนึ่งด้วย

3.3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน

3.3.1 ด้านการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว ของผู้นำชุมชนและ อสม. พบว่า ก่อนพัฒนา ผู้นำชุมชนและ อสม. มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=13.75$, S.D.=2.58) หลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=22.98$ S.D.=2.66) ด้านทักษะ ก่อนพัฒนา มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.21$, S.D.=0.78) หลังพัฒนา มีทักษะอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.20$, S.D.=0.74) ด้านพฤติกรรมฯ ก่อนพัฒนา มีพฤติกรรมในระดับน้อย ($\bar{X}=2.29$, S.D.=0.86) หลังพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.50$, S.D.=0.71) และด้านการมีส่วนร่วมก่อนพัฒนา มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.77$, S.D.=0.75) หลังพัฒนา มีส่วนร่วมระดับสูง ($\bar{X}=4.15$, S.D.=0.69) ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมฯ พบว่า หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-Value<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาวของผู้นำชุมชนและ อสม. (N=188)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
ระดับความรู้ฯ	13.75	2.58	ปานกลาง	22.98	2.66	สูง	10.15	187	<0.001*
ระดับทักษะฯ	3.21	0.78	ปานกลาง	4.20	0.74	ดี	10.44	187	<0.001*
ระดับพฤติกรรมฯ	2.29	0.86	น้อย	3.50	0.71	ปานกลาง	14.46	187	<0.001*
ระดับการมีส่วนร่วมฯ	3.77	0.75	ปานกลาง	4.15	0.69	สูง	11.45	187	<0.001*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ ในการดำเนินงานตามรูปแบบฯ พบว่า ภาพรวมผู้นำ ชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ร้อยละ 89.36 ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือการนำความรู้ที่ได้รับ จากรูปแบบฯ ไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ร้อยละ 90.43 รองลงมาคือกิจกรรมตามรูปแบบฯ ก่อให้เกิด ความปลอดภัยจากโรคติดต่อชายแดนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 89.36 และน้อยที่สุดคือการประชาสัมพันธ์ กิจกรรมแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และ ต่อเนื่อง ร้อยละ 75.53

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัย มีข้อค้นพบสำคัญที่นำมา อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย-ลาว ได้รูปแบบที่มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้าน การวางแผนกลยุทธ์การเฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน 2) ด้าน การพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนและ อสม. ในการ เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนว ชายแดน 3) ด้านการพัฒนากระบวนการสื่อสารสนเทศ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ ตามแนวชายแดน และ 4) ด้านการเสริมสร้าง เครือข่ายความร่วมมือในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมในการ

แสดงความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรสาธารณสุข ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล เกษตรตำบล ปศุสัตว์ตำบล โดยกิจกรรมตามรูปแบบเน้น ความง่ายต่อการปฏิบัติระดับชุมชน และมี ประสิทธิภาพเพียงพอที่จะช่วยเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน สอดคล้อง กับผลการวิจัยของ สันติ ผักทอง (2567) ที่ทำการ วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทย และสาธารณสุขประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัด อุบลราชธานี พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ประเด็นด้าน กฎหมาย นโยบาย และงบประมาณ ประเด็น การประสานงาน ประเด็นการป้องกันโรคติดต่อ ประเด็นการเฝ้าระวัง และรายงาน ประเด็น การพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการ ประเด็นด้าน กำลังคนในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรค และประเด็นการเตรียมความพร้อมตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และสอดคล้องกับ ธาณี นามม่วง (2566) ที่ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ติดตติดต่อตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา อำเภอท่งเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ได้รูปแบบที่มี องค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดทำแผน กลยุทธ์ เพื่อการเสริมสร้างความรู้ และ ความตระหนักในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม

โรคติดต่อ 2) ด้านการเสริมสร้างความรู้ และ ความตระหนักเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อ 3) ด้านการมีส่วนร่วมกับภาคี เครือข่าย และ 4) ด้านการสื่อสารและนิเทศติดตาม กำกับและคืนข้อมูลสู่ชุมชน ซึ่งแต่ละองค์ประกอบ จะมี กิจกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เนื่องจากลำพองหน่วยบริการ สาธารณสุขเองไม่สามารถจะดำเนินงานตามรูปแบบ การพัฒนาให้ประสบความสำเร็จได้

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ไทย-ลาว พบว่า กิจกรรมและแผนปฏิบัติการ ตามรูปแบบฯได้ส่งผลทำให้ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ไทย-ลาว หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยได้ขับเคลื่อน อย่างเป็นระบบ โดยแต่ละกิจกรรมมุ่งเน้น ความสอดคล้องกับภูมิสังคมของชุมชน เนื่องจาก ประชากรในแต่ละจุดผ่อนปรนส่วนใหญ่เป็น ผู้ด้อยโอกาสทั้งด้านการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจ และเศรษฐกิจบางชุมชนเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนั้น จึงต้องมีการปรับกระบวนการให้มีความยืดหยุ่นสูง มีการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ อย่างเพียงพอเพื่อ จะช่วยให้ประชากรการวิจัยได้รับการพัฒนา ศักยภาพและปฏิบัติงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ มากที่สุด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ธาณี นามม่วง (2566) ที่พบว่า หลังการพัฒนา อสม. มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ การปฏิบัติ และ มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม โรคติดต่อสูงกว่าก่อนดำเนินการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ สอดคล้องกับผลการวิจัยของปาริชาติ เขียวฉะอ้อน (2564) ที่ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืต

ใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก พบว่า การนำประเด็นต่าง ๆ ไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ชายแดนต้องไม่ใช่แนวคิดที่กำหนดมาจากส่วนกลาง ทางเดียวแต่ควรเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจาก คนทำงานในพื้นที่ปฏิบัติการจริง ส่วนด้านของ ผลการประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงาน ตามรูปแบบฯ พบว่า ภาพรวมผู้นำชุมชน อสม. และ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 89.30 สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ วรวิทย์ ชาญวิรัตน์ และคณะ (2567) ที่ทำการวิจัยเรื่อง รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ในระบบขนส่ง ทางรางระหว่างประเทศ พรมแดนประเทศไทย- สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อ รูปแบบอยู่ในระดับมาก

สรุปผลการวิจัย

การดำเนินงานตามรูปแบบรูปแบบ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตาม แนวชายแดนไทย-ลาว โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน การวางแผนกลยุทธ์ 2) ด้านการพัฒนาศักยภาพของ ผู้นำชุมชนและ อสม. 3) ด้านการพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศ และ 4) ด้านการเสริมสร้างเครือข่าย ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ได้ช่วยพัฒนา ศักยภาพการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดต่อของผู้นำชุมชนและ อสม. ให้เพิ่มสูงขึ้น ทุกด้าน ก่อให้เกิดระบบชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนมีความปลอดภัย ลดอุบัติเหตุ การเกิดโรคติดต่อในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนากลไกการเชื่อมโยงงาน สาธารณสุขชายแดนให้มีความสอดคล้องกัน ในทุกระดับ เพื่อให้พื้นที่สามารถขับเคลื่อนงาน สาธารณสุขชายแดนได้อย่างเป็นระบบ

2. ควรปรับปรุงแผน กิจกรรมการดำเนินงาน รวมถึงทำเนียบเครือข่ายต่าง ๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน และเหมาะสมกับสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

3. ควรประสานการดำเนินงานและเผยแพร่รูปแบบการดำเนินการที่พัฒนาขึ้น ไปยังเครือข่ายประเทศสปป.ลาว เพื่อสร้างความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดำเนินงานสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน

2. ควรทำการวิจัยการพัฒนาความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนระดับชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ 2562*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนปฏิบัติการสาธารณสุขชายแดน พ.ศ.2565-2570*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จรรรงค์ ลีสุพงษ์. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อขององค์การบริหารส่วนตำบล*. [ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต], บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ธานี นามม่วง. (2566). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย - กัมพูชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษา อำเภอคาบเชิง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 46(1), 54-67.
- ธีรภูมิ เอกะกุล. (2544). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์.
- นพรัตน์ วงศ์วิทยาพาณิชย์, จิตรา โรจน์ประเสริฐกุล และเสริมสิทธิ์ สร้อยสอดสร. (2554). *โครงการวิจัย การพัฒนาตลาดการค้าชายแดนไทย กรณีศึกษาตลาดโรงเกลือ จังหวัดสระแก้ว*. เชียงใหม่: สถาบันศึกษานโยบายสาธารณะมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาริชาติ เขียวฉะอ้อน. (2564). *รายงานวิจัยการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อชายแดน ไทย-เมียนมา บริเวณพื้นที่ช่องทางข้ามธรรมชาติแม่กืตใหม่ริมเมย-ชเวโก๊โก*. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2550). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พิษณุรักษ์ กันทวิ. (2563). การประเมินผลโครงการสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมสำหรับโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ตามแนวพรมแดนไทย-ราชอาณาจักรกัมพูชา-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว-สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ปีงบประมาณ 2558-2560. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(1), 51-61.

รวีสร จิโรจน์วัฒน์, กุลยา เชี่ยวโสธร และอุดมศักดิ์ อิ่มสว่าง. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานของคณะกรรมการชายแดนระดับอำเภอ ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ไทย-กัมพูชา จังหวัดจันทบุรีและตราด. *วารสารควบคุมโรค*, 39(1), 75-81.

วรวิทย์ ชาณวิรัตน์, พรชรัฐ สายยุทธ และพรชนก เพ็ญศรี. (2567). รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในระบบขนส่งทางรางระหว่างประเทศ พรมแดนประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(4), 761-762.

สันติ ฝักทอง. (2567). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพตามแนวชายแดนไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เขตพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนันทกรรมสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย*. 3(4), 4-64.

สำนักงานพาณิชย์จังหวัดน่าน. (2562). *การค้าชายแดนจังหวัดน่าน*. น่าน: สำนักงานพาณิชย์จังหวัดน่าน.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). *การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพหรือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวในประเทศไทย: กรณีศึกษาผลกระทบกับโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2567). *สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขประจำปี 2567*. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แผนแม่บทการแก้ไขและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: ทริปปิเลกราฟฟิกส์สตูดิโอ.

สุกเนตร ชัยนา, พิชัย เอื้อมธุรพจน์ และสังคม ศุภรัตน์กุล. (2562). แนวทางการพัฒนาบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานเพื่อเสริมความมั่นคงตามแนวชายแดนของคณะกรรมการหมู่บ้านอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง จังหวัดหนองคาย. *วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์*, 6(1), 146-52.

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน และลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน

THE DEVELOPMENT OF CAPACITY BUILDING TO PREVENTING AND REDUCING THE EFFECTS CANNABIS ABUSE IN ELDERLY CLUBS IN NAN PROVINCE

ชุมพล สุทธิ¹, ณัชชภัทร พานิช², อิศรภาพ มาเรือน³

chumphon suddi¹, Chachaphat Panich², Isaraphap Maruen³

^{1,2}สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, ³สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปัว

^{1,2}Nan Provincial public health office, ³Pua public health office

Corresponding author E-mail: th_pui@hotmail.com

Received: 26 Jun., 2025

Revised: 18 Aug., 2025

Accepted: 20 Aug., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสันติสุข อำเภอทุ่งช้าง อำเภอเวียงสา อำเภอปัว และอำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 200 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ ประธาน รองประธาน และเลขานุการชมรมผู้สูงอายุ ในพื้นที่วิจัยจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านสภาพ สถานการณ์ และศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้และบทบาทในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในระดับปานกลาง และมี เจตคติในระดับมาก ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชา คือ การมีนโยบายกัญชาทางการแพทย์ การรับรู้ข่าวสารกัญชาจากสื่อออนไลน์ และการขาดความรู้เกี่ยวกับทางกฎหมายกัญชาและบทลงโทษ ผลกระทบ ได้แก่ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้ยาที่ผิดมาตรฐาน จุดแข็งและโอกาสการพัฒนา ได้แก่ ผู้นำชุมชนและชมรมผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ มีความมุ่งมั่นที่จะปกป้องสมาชิกของตนเอง 2) รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดทำแผนกลยุทธ์ (2) การเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุ (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย และ (4) การรณรงค์ป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ประสิทธิภาพของรูปแบบ พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้สูงอายุมีความรู้ เจตคติ และบทบาทในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาสูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีการจัดกิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลกระทบของกัญชาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการเนื้อหาความรู้เรื่องการใช้กัญชาในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระดับมากที่สุด และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ร้อยละ 90.10 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบ

ที่ได้จากการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีสภาพปัญหาในลักษณะเดียวกัน รวมถึงในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การเสริมสร้างสมรรถนะ, การป้องกันและลดผลกระทบ, ชมรมผู้สูงอายุ, สารเสพติดประเภทกัญชา

Abstract

This participatory action research aimed to develop and evaluate effectiveness of a model for capacity building to preventing and reducing the effects cannabis abuse in elderly clubs in Nan Province. The quantitative sample consisted of 200 elderly club committee members from Santisuk Districts, Thung Chang Districts, Wiang Sa Districts, Pua Districts, and Mueang Nan Districts in Nan Province and the qualitative sample consisted of 20 elderly club members including the chairpersons, vice-chairpersons, and secretaries of elderly clubs in the research area. The research instruments included a questionnaire, group conversation, in-depth interview, observation and field recording. The quantitative data was analyzed using Frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test. The qualitative data was analyzed using content analysis.

The results of this study revealed that 1) the situation, circumstances, and potential of elderly clubs found that the elderly had a level of knowledge and role in preventing and reducing the effects of cannabis use at moderate, the attitudes are at a high level. Factors affecting cannabis abuse include the presence of a medical cannabis policy, exposure to cannabis news from online media, and a lack of knowledge about cannabis abuse laws and penalties. The impacts include wasted costs, risk of illness caused by the use of substandard cannabis products. The strengths and opportunities for development include the emphasis placed by community leaders and elderly clubs on health promotion and their commitment to protecting their members, 2) a model for capacity building to preventing and reducing the effects cannabis abuse in elderly clubs had 4 components consisted of (1) a strategic plan, (2) capacity building to preventing and reducing the effects cannabis abuse in elderly clubs (3) the participation in community and network, and 4) the campaign to prevent and reduce the effects of cannabis abuse. The model effectiveness was found that the elderly participants had a higher knowledge, attitude, and role in preventing before implementation with statistically significant at 0.05. There are activities organized the campaigns and public relations to reducing the effects cannabis in the community, network partners, and organization, incorporation of the model into the curriculum of an elderly school. The communities and network partners were participatory at the highest level. The satisfaction of the model was high level at 90.10 percent. Suggestions from this research found that: Relevant agencies can use the models obtained from this research for surveillance and preventing in teenagers, working-age groups and others.

Keyword: Development model, Capacity building, Preventing and Reducing, Elderly club, Cannabis

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) ที่ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงประเทศในหลาย ๆ ด้าน โดยปี 2566 ข้อมูลจากกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยระบุว่าประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2569 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 15 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุย่อมนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายและสภาพจิตใจ (สุภาณี จินาสวัสดิ์, 2559) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนหันไปพึ่งพาสิ่งเสพติด เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วย เพื่อการผ่อนคลาย และการเพื่อผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น (อิสราภาพมาเรือน, 2564)

กัญชาจัดเป็นพืชสมุนไพรที่มีประโยชน์และนำมาใช้ในทางการแพทย์มาอย่างยาวนาน ในรูปแบบตำรับซึ่งปรากฏในตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ (Prapaspong. Et.al, 1999) โดยกัญชาจัดเป็นยาเสพติดกลุ่ม narcotic drug ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 (United nation, 1962) และการใช้กัญชาเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในเกือบทุกประเทศ แต่ในปัจจุบันทั่วโลกมองประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์มากขึ้น สำหรับในประเทศไทยได้มีนโยบายใช้กัญชาทางการแพทย์ครั้งแรกขึ้นในปี พ.ศ. 2562 (พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7), 2562) กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันเพื่อส่งเสริมการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์และการดูแลสุขภาพตนเอง ภายใต้การประยุกต์กฎหมายฉบับนี้บ้านกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ โดยได้มีนโยบายนำกัญชาออกจากยาเสพติดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) มีผลบังคับใช้ในวันที่ 9 มิถุนายน 2565 (Dontumprai, Panma, Norkaew & Bodeerat, 2021) ซึ่งผลที่ตามมา

ได้แก่ การใช้กัญชาได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาทางสุขภาพและสังคมมาก แม้ว่ากัญชาจะมีสรรพคุณในการรักษาโรคแต่ก็พบความเสี่ยงและผลข้างเคียงต่อผู้ใช้ เช่น ผู้ใช้ขาดสติ เกิดอาการประสาทหลอน และก่อให้เกิดอาชญากรรมขึ้นได้ (Fischer et al., 2017) ประกอบกับประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อและโฆษณาเกี่ยวกับกัญชาได้ง่าย ปัจจุบันยังไม่มีมาตรการควบคุมการใช้กัญชาที่ชัดเจนเพียงพอ เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์ที่ผิด ๆ หลายประเด็นโดยเฉพาะการโฆษณาสรรพคุณของผลิตภัณฑ์กัญชาในสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนที่ขาดความรู้หรือได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง นำเอาผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมาใช้ และเกิดผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากขาดความรู้ การรู้ไม่เท่าทันกลไกการโฆษณา และส่วนใหญ่เป็นผู้มีโรคประจำตัวหลายโรค จึงนำเอาผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้เพื่อรักษาโรค หรือบางส่วนก็ปลูกกัญชาเพื่อผลิตรายได้เอง เป็นต้น (อิสราภาพมาเรือน, 2564)

จังหวัดน่าน มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 112,236 คน คิดเป็นร้อยละ 23.54 โดยผู้สูงอายุมีการนำกัญชามาปรุงเป็นยารักษาโรคตามตำรับพื้นบ้าน โดยไม่ได้ผ่านการตรวจสอบรับรองจากแพทย์หรือเภสัชกร และผู้สูงอายุบางส่วนจะถูกชักจูงหลอกลวง ให้ซื้อยาที่มีส่วนผสมของกัญชาจากทางสื่อออนไลน์ และจากผู้ค้าที่นำมาจำหน่ายถึงบ้านเนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ขาดความตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคด้วยตนเอง (อิสราภาพมาเรือน, 2564) โดยจากข้อมูลรายงานมาตรฐานสาเหตุการป่วย/ตายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ปีงบประมาณ 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกมีความผิดปกติจากการใช้กัญชา (Poisoning: Cannabis (derivatives)) จำนวน 4 คน/4 ครั้ง เป็นผู้ป่วยในที่มีความผิดปกติจากการใช้กัญชา (Poisoning: Cannabis (derivatives)) จำนวน 3 คน/3 ครั้ง และมีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้กัญชาเป็นพิษเฉียบพลันจำนวน 11 คน/14 ครั้ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

น่าน, 2567) ประกอบกับข้อมูลจากการวิเคราะห์ชุมชน พบว่า ในชุมชนยังมีผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่เข้าสู่ระบบรายงาน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะให้กับชมรมผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันตนเองและเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาให้กับผู้สูงอายุทุกคนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพ สถานการณ์ และสมรรถนะของชมรมผู้สูงอายุในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา จังหวัดน่าน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา จังหวัดน่าน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสังเคราะห์สภาพ สถานการณ์ และสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม ในกลุ่มประธานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 คน รองประธานฯ อำเภอละ 2 คน และเลขานุการชมรมผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 คน รวมจำนวน 20 คน ในพื้นที่อำเภออำเภอสันติสุข อำเภอทุ่งช้าง อำเภอเวียงสา อำเภอปัว และอำเภอเมืองน่าน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนพฤศจิกายน 2567 รวมระยะเวลา 2 เดือน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบ

จากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 และแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมากร่างรูปแบบฯ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบฯ และนำเสนอรูปแบบต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงรูปแบบฯ ให้มีความสมบูรณ์ ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2567 รวมระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบฯ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) และนำแผนสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย การบูรณาการแผนเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และแผนปฏิบัติการของภาคีเครือข่ายในชุมชน การอบรมเชิงปฏิบัติการสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับประโยชน์ โทษ ผลกระทบ และกฎหมายยาเสพติด การรณรงค์เกี่ยวกับโทษและผลกระทบจากสารเสพติดประเภทกัญชา บูรณาการเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของสารเสพติดประเภทกัญชาในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุทุกตำบล การให้ความรู้ผ่านสื่อในชุมชน และการคืนข้อมูลการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่าย ดำเนินการในเดือนมกราคม - มิถุนายน 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน จำนวน 15 อำเภอ ๆ ละ 40 คน รวมทั้งสิ้น 600 คน คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสันติสุข อำเภอทุ่งช้าง อำเภอเวียงสา อำเภอปัว และอำเภอเมืองน่าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จากกลุ่มประชากรทุกคน ใน 5 อำเภอ ๆ ละ 40 คน รวม 200 คน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกอำเภอละ 4 คน ประกอบด้วยประธานชมรมผู้สูงอายุ รองประธานฯ จำนวน 2 คน และเลขานุการชมรม รวมทั้งสิ้น 20 เกณฑ์การคัดเลือกร่วมโครงการได้แก่ 1) เป็นคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) สามารถให้ข้อมูลโดยการตอบ

แบบสอบถามหรือการให้สัมภาษณ์ได้ และ 3) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ขาดคุณสมบัติในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการวิจัย และ 3) เจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้อย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และ บทบาทในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ต่อเดือน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา และการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดประเภทกัญชา จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ถูกหรือผิด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

ตอนที่ 3 เจตคติต่อการป้องกันและลดผลกระทบจากสารเสพติดประเภทกัญชา จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีเจตคติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 บทบาทในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีบทบาทมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ต่อเดือน

ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีส่วนร่วมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ต่อเดือน

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม และแนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถาม และนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้ใช้สูตร ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson : KR-20) ได้เท่ากับ 0.787 แบบสอบถามเจตคติ และบทบาทในการป้องกันและ

ลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.892 และ 0.802 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 ดำเนินการในระหว่างตุลาคม - เดือนพฤศจิกายน 2567 และระยะที่ 3 ใช้แบบสอบถามชุดที่ 1,2,3 ดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2568

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม และแนวคำถามการการอภิปรายกลุ่ม ทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการจัดกิจกรรมตามกระบวนการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และถอดบทเรียนตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (Paired sample t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เลขที่ NAN REC 68-30 วันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคลที่ร่วมในการวิจัย มีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และการรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ผลการสังเคราะห์สภาพ สถานการณ์ และสมรรถนะของชมรมผู้สูงอายุในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังรัฐบาลประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ในชุมชนได้มีการปลูกและ

ใช้กัญชาเพิ่มขึ้น เพื่อนำมาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหารให้มีรสชาติดี และบางส่วนใช้เป็นยารักษาโรค โดยเพื่อน/คนรู้จักนำมาให้ หรือซื้อจากร้านค้าซื้อจากเว็บไซต์และได้รับจากผู้อื่นซึ่งไม่ทราบแหล่งผลิต ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชาของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางสื่อออนไลน์ และสื่อมวลชน ก่อให้เกิดผลกระทบสำคัญ คือ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้กัญชาที่ไม่ถูกต้อง จุดแข็งและโอกาสของการดำเนินงาน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุมีการบริหารองค์กรที่ชัดเจน สื่อสารข้อมูลได้รวดเร็ว และพร้อมที่จะปกป้องสมาชิกชมรมของตนเอง ในด้านสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบบางส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดประเภทกัญชาอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและลดผลกระทบจากสารเสพติดประเภทกัญชาอยู่ในระดับมาก และมีบทบาทในการป้องกันและลดผลกระทบจากสารเสพติดประเภทกัญชาอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบฯ และนำเสนอรูปแบบต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงรูปแบบฯให้มีความสมบูรณ์ พบว่า รูปแบบมีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำแผนกลยุทธ์การเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา (Strategies : S) 2) การเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ (Capacity building : C) 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (participation of network : P) และ 4) การรณรงค์สื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา (Community campaign: C)

3. ผลของการนำรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

3.1 ด้านการจัดทำแผนกลยุทธ์เสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาโดยใช้กระบวนการประชุมร่วมแบบสร้างสรรค์ (Appreciation-Influence-Control: AIC) พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันจัดทำแผนจนได้แผนปฏิบัติการจำนวน 3 แผน ได้แก่ 1) แผนปฏิบัติการด้านการเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา 2) แผนปฏิบัติการด้านการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 3) แผนปฏิบัติการด้านการรณรงค์สื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา

3.2 การเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ โดยการนำแผนกลยุทธ์จำนวน 3 แผนไปปฏิบัติ มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

3.2.1 ผลของแผนปฏิบัติการด้านการเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารกัญชา พบว่า ชมรมผู้สูงอายุได้ดำเนินการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ที่เกี่ยวกับสารกัญชา ประโยชน์ โทษ ผลกระทบ และกฎหมายยาเสพติด บูรณาการเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของสารเสพติดประเภทกัญชาในหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุทุกตำบล ส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของสารเสพติดประเภทกัญชาทางสื่อออนไลน์ไปยังสมาชิกในชมรมอย่างต่อเนื่อง พัฒนابทบาทของชมรมผู้สูงอายุในการปกป้องสมาชิกให้พ้นจากผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา และการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับเสพติดประเภทกัญชาในโครงการกีฬาต้านยาเสพติดของชมรมผู้สูงอายุทุกอำเภอ เป็นต้น

3.2.2 ผลของแผนปฏิบัติการด้านการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

พบว่า ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยได้มีการคืนข้อมูลการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่ายในเวทีสาธารณะต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง การเสนอแผนปฏิบัติการป้องกันและลดผลกระทบจากสารเสพติดประเภทกัญชาเข้าสู่แผนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล เพื่อเสนอของบประมาณมาดำเนินการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการป้องกันและลดผลกระทบจากสารเสพติดประเภทกัญชา การบูรณาการกิจกรรมตามแผนเข้ากับภารกิจศูนย์คัดกรองยาเสพติดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง และการขยายผลการดำเนินงานไปสู่ระดับอำเภอ โดยการนำเสนอผลการปฏิบัติงานและกิจกรรมด้านการป้องกันและลดผลกระทบของสารเสพติดประเภทกัญชาในเวทีวิชาการผู้สูงอายุระดับอำเภอบริทุกอำเภอ เป็นต้น

3.2.3 ผลของแผนปฏิบัติการด้านการรณรงค์สื่อสาร ประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา พบว่า ได้มีการรณรงค์สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับสารกัญชาในวันสำคัญทางศาสนา วันต่อต้านยาเสพติดสากล วันผู้สูงอายุแห่งชาติ วันกีฬาผู้สูงอายุ และการรณรงค์ในงานและเทศกาลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

3.3 ประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา

3.3.1 ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้ เจตคติ และบทบาทในการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดประเภทกัญชาในระดับปานกลาง (Mean= 8.24, S.D.=5.03) หลังพัฒนา มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง (Mean=13.59, S.D.=2.56) ด้านเจตคติเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดประเภทกัญชา พบว่า ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยของเจตคติในระดับมาก (Mean= 3.46, S.D.=0.91) หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยของเจตคติในระดับมากที่สุด (Mean= 4.47, S.D.=0.66) และด้านบทบาทการป้องกันและลดผลกระทบจากกัญชา พบว่า ก่อนพัฒนา มีค่าเฉลี่ยในระดับ

ปานกลาง (Mean= 2.98, S.D.=0.87) หลังพัฒนา
มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean= 4.20, S.D.=0.65)
โดยค่าเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และบทบาทหลังการ

พัฒนารูปแบบฯสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบสมรรถนะด้านความรู้ เจตคติ และบทบาทการป้องกันและลดผลกระทบ
จากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน (N=200)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ	ค่า t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดประเภทกัญชา					
ก่อนพัฒนา	8.24	5.03	ปานกลาง	- 0.845	.001*
หลังพัฒนา	13.59	2.56	สูง		
2. เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและลดผลกระทบจากสารเสพติดประเภทกัญชา					
ก่อนพัฒนา	3.46	0.91	มาก	- 0.718	.001*
หลังพัฒนา	4.47	0.66	มากที่สุด		
3. บทบาทในการป้องกันและลดผลกระทบจากสารเสพติดประเภทกัญชา					
ก่อนพัฒนา	2.98	0.87	ปานกลาง	- 0.855	.001*
หลังพัฒนา	4.20	0.65	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3.2 ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนและภาคีเครือข่าย พบว่า หลังดำเนินงานตาม
รูปแบบฯ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมภาพรวมในระดับ
มากที่สุด ($\bar{X}$ =4.30, S.D.=0.64) โดยมีส่วนร่วมอย่าง
หลากหลายตามบทบาทและภารกิจที่หน่วยงาน
ตนเองเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีส่วนร่วมในการ
สนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล สนับสนุนวิทยากรกระบวนการและการ
ณรงค์ระดับชุมชน ชมรม อสม. มีส่วนร่วมในการ
รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ระดับชุมชน และองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในจัด
อบรมเชิงปฏิบัติการ

3.3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจ
ในการดำเนินงานตามรูปแบบฯ พบว่า ภาพรวมกลุ่ม
ตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯในระดับมาก
ร้อยละ 90.10

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัย มีข้อค้นพบสำคัญที่นำมา
อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. ผลการสังเคราะห์สภาพ สถานการณ์
และสมรรถนะของชมรมผู้สูงอายุในการป้องกันและ

ลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา
ในผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังรัฐบาลประกาศนโยบาย
กัญชาทางการแพทย์ ในชุมชนได้มีการปลูกกัญชา
มากขึ้นและปลูกโดยเปิดเผย เพื่อนำมาเป็น
ส่วนประกอบในการปรุงอาหารให้มีรสชาติดี และ
บางส่วนใช้เป็นยารักษาโรค โดยเพื่อน/คนรู้จัก
นำมาให้ หรือซื้อจากร้านค้า ซื้อจากเว็บไซต์และได้รับ
จากผู้อื่นซึ่งไม่ทราบแหล่งผลิต เป็นต้น ประกอบกับ
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ของ
สารเสพติดประเภทกัญชาทางสื่อออนไลน์และ
สื่อมวลชนบ่อยครั้งขึ้น ยิ่งทำให้กระแสมโนมของ
การใช้กัญชาในระดับครัวเรือนและชุมชนเพิ่มมากขึ้น
โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยจะนิยมซื้อและ
ใช้สารเสพติดประเภทกัญชาจากแหล่งต่าง ๆ
มารักษาตนเองโดยขาดความรู้ที่ถูกต้องและไม่ได้ใช้
โดยคำสั่งของแพทย์ ส่งผลทำให้เกิดผลกระทบต่อ
สุขภาพในลักษณะต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก สอดคล้อง
กับผลการวิจัยของ สุจิตตา ฤทธิมนตร์ และมานพ
คณะโต (2560) เรื่อง การเสพติดกัญชาและผลกระทบ
พบว่า ประชาชนมีการปลูกกัญชาระดับครัวเรือน
เพื่อใช้ในการปรุงอาหาร และเชื่อว่ากัญชาเป็นพืช
สมุนไพรช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้ และ

ผลการวิจัยของ สาวิตรี อัสณางค์กรชัย และคณะ (Assanangkornchai et al., 2021) ที่พบว่า สถานการณ์การใช้กัญชาในประเทศไทยมีการเข้าถึงกัญชาหลากหลายรูปแบบ เช่น การปลูกเอง ได้รับจากตลาดมืด ได้รับจากองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร ได้รับจากคนรู้จัก ซึ่งสะท้อนว่ายังมีผู้ใช้กัญชาเพื่อการดูแลสุขภาพหรือรักษาโรคที่ไม่ได้รับกัญชาทางการแพทย์จากโรงพยาบาล รวมทั้งยังไม่ทราบข้อบ่งใช้ประโยชน์และโทษ/ภาวะไม่พึงประสงค์ของการใช้กัญชา สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อิศรภาพ มาเรือน (2564) ที่พบว่า ในระดับชุมชน ผู้สูงอายุมีความต้องการซื้อสารเสพติดประเภทกัญชามาใช้รักษาโรคมามากขึ้น จึงมีการนำเอาสารเสพติดประเภทกัญชาในรูปของน้ำมันกัญชามาจำหน่ายในชุมชนโดยพ่อค้าเร่ และการจำหน่ายทางสื่อออนไลน์ ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุและประชาชนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนในด้านความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดประเภทกัญชา ก่อนพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับปานกลาง เนื่องจากจากข้อจำกัดในการรับข้อมูลข่าวสารของตัวผู้สูงอายุเอง และสื่อส่วนใหญ่ที่เข้าถึงผู้สูงอายุเป็นการมุ่งโฆษณาชวนเชื่อเพื่อการค้าขายมากกว่าการมุ่งให้ความรู้อย่างแท้จริง ส่วนด้านเจตคติเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชา พบว่ามีเจตติในระดับมาก เนื่องจากจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่รับรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของกัญชาอย่างยาวนาน ก่อนที่จะประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ดังนั้นจึงยังคงมีความคิดความเชื่อว่างัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษเช่นเดิม ส่วนในด้านบทบาทการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา พบว่า มีบทบาทในระดับปานกลาง เนื่องจากยังไม่ได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะใด ๆ และคิดว่าการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในชุมชนเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขที่ยังไม่ได้ขยายผลไปยังกลุ่มผู้สูงอายุแต่อย่างใด

2. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรมผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ พบว่า มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดทำ

แผนกลยุทธ์ 2) การเสริมสร้างสมรรถนะการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย และ 4) การรณรงค์ สื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีกิจกรรมหลักและกิจกรรมรองเป็นลำดับขั้นตอนของการดำเนินงาน ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมคิดร่วมปฏิบัติของชมรมผู้สูงอายุ และขยายผลไปสู่การสร้างความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรพรรณ มนัสจกุล (2566) เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคโดยมีส่วนร่วมของชุมชนห้วยโรง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า รูปแบบที่ได้มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในภาคีเครือข่าย การจัดช่องทางเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย การพัฒนาศักยภาพต้นแบบเพื่อการสื่อสารด้านสุขภาพ การออกแบบสื่อการสอนและการพัฒนากิจกรรมเสริมความรู้ โดยรูปแบบดังกล่าวเกิดจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการออกแบบกิจกรรม ซึ่งการมีภาคีเครือข่ายเข้ามาหนุนเสริม เป็นสิ่งที่สะท้อนความสำเร็จของการดำเนินงาน และเชื่อมั่นว่าจะช่วยสร้างความรู้ เจตคติ และบทบาทที่ถูกต้องให้เกิดกับผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุพัสรี คำมูล และ สมจิต แดนสีแก้ว (2562) เรื่อง ผลการวิเคราะห์แนวทางการป้องกันการใช้กัญชาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการป้องกัน ดูแล ช่วยเหลือผู้ใช้และผู้เสี่ยงต่อการใช้กัญชาในชุมชน จำเป็นต้องร่วมมือร่วมใจกันอย่างจริงจังทุกภาคส่วน ทั้งตัวผู้เสพ บุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ต้องร่วมมือกัน ชุมชนต้องมีมาตรการเฝ้าระวัง และร่วมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์หาแนวทางการป้องกันผลกระทบจากการใช้กัญชา

3. ผลสัมฤทธิ์ของการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้ เจตคติ และบทบาทในการป้องกันและลดผลกระทบจากสารเสพติดประเภทกัญชาของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนพัฒนา ผู้สูงอายุมีความรู้อยู่ในระดับ

ปานกลาง (Mean= 8.24, S.D.=5.03) หลังพัฒนา
มีความรู้ในระดับสูง (Mean=13.59, S.D.=2.56)
ด้านเจตคติ ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.46,
S.D.=0.91) หลังพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=
4.47, S.D.=0.66) และด้านบทบาทในการป้องกันและ
ลดผลกระทบจากภัยพิบัติ พบว่า ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับ
ปานกลาง (Mean= 2.98, S.D.=0.87) หลังพัฒนาอยู่ใน
ระดับมาก (Mean= 4.20, S.D.=0.65) โดยหลังการ
พัฒนามีค่าเฉลี่ยของทั้ง 3 ด้านสูงกว่าก่อนพัฒนา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า
สืบเนื่องจากชมรมผู้สูงอายุ ชุมชน และภาคีเครือข่าย
ได้ร่วมกันรณรงค์ให้ความรู้ เสริมสร้าง เจตคติ และ
บทบาทให้แก่ผู้สูงอายุด้วยกลวิธีต่าง ๆ เช่น การรณรงค์
ในวันสำคัญทางศาสนา เทศกาลต่าง ๆ การประชุม
ประจำเดือน หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์
การอบรมให้ความรู้ การจัดกิจกรรมกีฬา การบูรณา
การเนื้อหาในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น
จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะสูงขึ้นทุกด้าน
สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พิมพ์พิสาข์ จอมศรี และ
คณะ (2565) ที่ ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการ
เสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทาง
การแพทย์อย่างถูกต้องในประชาชนจังหวัดเชียงราย
พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการส่งเสริมความรู้
ทางด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการ
สื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ
โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังทดลองมากกว่า
ก่อนทดลอง ส่วนในด้านความพึงพอใจใน
การดำเนินงานตามรูปแบบฯนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมี
ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯภาพรวมอยู่ในระดับมาก
ร้อยละ 90.10 เนื่องจากได้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้
เจตคติ และบทบาทในการดำเนินงานมากขึ้น
นอกจากนี้ ยังได้ให้ความสำคัญต่อบทบาทของชมรม
ผู้สูงอายุ ตั้งแต่การจัดทำแผน การนำแผนไปปฏิบัติ
และการประเมินผล ตลอดจนถึงการประสานงานกับ
หน่วยงานต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วม กลวิธีเหล่านี้
ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ และมีความตั้งใจในการ
ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ จนบรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้อง
กับผลการวิจัยของ พรพรรณ มนัสจกุล (2566) เรื่อง
รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้

กัญชาเพื่อรักษาโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ห้วยโรง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า
ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ มีความพึงพอใจใน
ระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการสร้างเสริม
ความรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค
ได้ช่วยส่งเสริมให้เกิดความตระหนักและทักษะ รวมทั้ง
ช่วยเกื้อหนุนการตัดสินใจในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค
ที่ถูกต้อง

สรุปผล

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะชมรม
ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้
สารเสพติดประเภทกัญชาในผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน
เกิดจากการร่วมคิด ร่วมทำของคณะกรรมการชมรม
ผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่
1) การจัดทำแผนกลยุทธ์ 2) การเสริมสร้างสมรรถนะ
การป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติด
ประเภทกัญชา 3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม
ของชุมชนและภาคีเครือข่าย และ 4) การรณรงค์
สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ผลของรูปแบบฯได้ช่วย
เสริมสร้างสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูง
เจตคติอยู่ในระดับมากที่สุด และบทบาทในการป้องกัน
และลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา
อยู่ในระดับมาก ซึ่งการมีสมรรถนะสูงขึ้นย่อมจะส่งผล
ให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันและลดผลกระทบจาก
พิษภัยของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาได้อย่างมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกัน
เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจถึงพิษภัยและผลกระทบ
ของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาที่จะเกิดกับ
ผู้สูงอายุและจะส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงครอบครัวและ
ชุมชน เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนเกิดความตระหนัก
และเข้ามามีส่วนร่วมจัดการปัญหา

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน
ควรส่งเสริม สนับสนุนให้มีการรณรงค์เพื่อป้องกันและ
ลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา
ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและขยายผล
ไปยังประชากรกลุ่มอื่น ๆ

3. บุคลากรสุขภาพควรมีการติดตามพฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคและเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ ของผู้สูงอายุในระยะยาวเพื่อเป็นการติดตามประสิทธิผลของการนำรูปแบบฯ นี้ไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะเพื่อป้องกันและลด

ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้กัญชาไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มวัยรุ่น และวัยทำงาน

2. ควรทำการวิจัยการพัฒนามาตรฐานความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่ายเพื่อการป้องกันและลดผลกระทบจากการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา

เอกสารอ้างอิง

- พิมพ์พิลาธิ์ จอมศรี และคณะ. (2565). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้อง ในประชาชนจังหวัดเชียงราย. https://cads.in.th/cads/media/upload/1613622243-Article Canabis CR_V2 cutoff EN 2.pdf
- พรพรรณ มนัสจกุล. (2566). รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคโดยมีส่วนร่วมของชุมชนห้วยโรง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 15 (1), 82-98.
- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. (2562, 18 กุมภาพันธ์) *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 136, ตอนพิเศษที่ 19 ก.
- สุจิตตา ฤทธิมนตรี และมานพ คณะโต. (2560). การเสพติดกัญชาและผลกระทบ. *วารสารกรมการแพทย์*, 42 (4), 84-87.
- สุพัสร์ คำมูล และสมจิต แดนสีแก้ว. (2562). ผลการวิเคราะห์แนวทางการป้องกันการใช้กัญชาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37 (3), 134-143.
- สุภาณี จินาสวัสดิ์. (2559). พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง, [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต], บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยพะเยา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2567). *รายงานมาตรฐานสาเหตุการป่วย/ตายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ปีงบประมาณ 2567*. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.
- อิสราภาพ มาเรือน. (2564). *รายงานวิจัยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อผลกระทบของการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาโดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเชิงพื้นที่ตำบลสถาน อำเภอปัว จังหวัดน่าน*. สงขลา: แผนงานศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Assanangkornchai, S., et al. (2021). A study of the situation of medical marijuana use in Thailand. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5346?locale attribute=th> (in Thai).
- Dontumprai., et al. (2021). Free cannabis as a medical plant. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6 (1), 184-198. (in Thai).
- Fischer, B., et al. (2017). Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations. *American journal of public health*, 107 (8), 1-12.
- Prapasong. Et.al, (1999). *Textbook of Medical AID (Past-Sard-Song-Kraw): Madical wisdom and Literary Heritage of the Nation Bangkok*. Thailand language Department of Ministry of Education.
- United Nation. (1962). *Single Convention on Narcotic Drug 1961*. New York: United Nation.

ประสิทธิภาพการจัดการระดับความเสี่ยงทางการเงินในโรงพยาบาลวังโป่ง

FINANCIAL RISK MANAGEMENT EFFICIENCY AT WANGPONG HOSPITAL

สุภาวดี ตั้งเมืองทอง

Suphavadee Tangmueangthong

โรงพยาบาลวังโป่ง อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์

Wang Pong Hospital, Wang Pong District, Phetchabun Province

*Corresponding author E-mail: supha.vadee888@gmail.com

Received: 10 Jun., 2025

Revised: 23 Aug., 2025

Accepted: 27 Aug., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการจัดการความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้ข้อมูลจากรายงานแผนทางการเงิน (PlanFin) และระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ครอบคลุมปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 กลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลการเงินภายในโรงพยาบาลจำนวน 45 รายการ ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล 3 ชุด ได้แก่ รายงานแผนทางการเงิน การประเมินความเสี่ยงทางการเงินตามเกณฑ์ Risk Scoring และการประเมินประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินตามเกณฑ์ Grade Plus วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน และค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเสี่ยงทางการเงินเพิ่มจาก 0 ในปี 2565 เป็น 1 ในปี 2566 และยังคงอยู่ที่ 1 ในปี 2567 จากการลดลงของกำไรสุทธิและทุนสำรองสุทธิ ขณะที่ Grade Plus อยู่ในระดับ A- ในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น A ในปี 2566 และลดลงเป็น B- ในปี 2567 ทำให้ Matrix Grading เป็น 0A-, 1A และ 1B- ตามลำดับ สะท้อนแนวโน้มความเปราะบางทางการเงินที่เพิ่มขึ้น แม้ระดับความเสี่ยงไม่เปลี่ยนแปลง แต่ Operating Margin และ ROA ไม่ผ่านเกณฑ์ในปี 2567

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ การเพิ่มรายได้จากบริการเฉพาะทาง การควบคุมค่าใช้จ่ายตามกระแสเงินสด และการพัฒนาการบริหารลูกหนี้และหนี้การค้าเพื่อเสริมเสถียรภาพทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: การเงินการคลัง, ความเสี่ยงทางการเงิน, โรงพยาบาลชุมชน, Risk Scoring, Grade Plus

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to evaluate the efficiency of financial risk management at Wang Pong Hospital, Phetchabun Province, using financial planning reports (PlanFin) and an accrual-based accounting system during fiscal years 2022–2024. The sample consisted of 45 purposively selected internal financial records. Research instruments included three tools: financial planning reports, Risk Scoring (based on seven financial risk indicators), and Grade Plus (financial management efficiency) criteria. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, ratio, proportion, and mean. Results revealed that financial risk levels increased from 0 in 2022 to 1 in both 2023 and 2024, due to declining net profit and net reserves. Grade Plus evaluations resulted in A- in 2022, A in 2023, and B- in

2024, yielding Matrix Grading scores of 0A–, 1A, and 1B–, respectively, indicating growing financial vulnerability. Although risk levels did not further escalate, the hospital failed to meet standards on Operating Margin and Return on Assets (ROA) in 2024.

Policy recommendations include increasing revenue through specialized services, aligning expenses with cash flow, and strengthening receivables and trade payable management to enhance the financial stability of community hospitals.

Keywords: Financial management, Financial risk, Community hospital, Risk Scoring, Grade Plus

บทนำ

สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายจากรายได้ที่ผันผวน ต้นทุนดำเนินงานที่เพิ่มขึ้น และปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน โดยเฉพาะหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งส่งผลให้รายได้จากกองทุนสุขภาพหลักลดลง ขณะที่ค่าใช้จ่ายคงที่หลายประเภท เช่น ค่าตอบแทนบุคลากร ค่ายา เวชภัณฑ์ และค่าบำรุงรักษาไม่สามารถปรับลดได้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องบริหารจัดการทรัพยากรภายใต้ข้อจำกัดของเงินบำรุง ซึ่งเป็นแหล่งเงินสำคัญในการขับเคลื่อนการให้บริการ

การบริหารการเงินของโรงพยาบาลชุมชนจึงจำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินอย่างรอบด้าน ไม่เพียงพิจารณารายรับ-รายจ่ายประจำ แต่ต้องประเมินระดับความเสี่ยงทางการเงินอย่างเป็นระบบ เพื่อรองรับความไม่แน่นอนในอนาคต หนึ่งในแนวทางที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลคือ กรอบการบริหารความเสี่ยงขององค์กร (Enterprise Risk Management: ERM) ซึ่งมุ่งให้หน่วยงานประเมินความเสี่ยงครอบคลุมทุกด้าน โดยเฉพาะความเสี่ยงทางการเงินซึ่งมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดำรงอยู่ขององค์กร (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2017; Berman et al., 2009)

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบติดตามและประเมินสถานะการเงินของหน่วยบริการในสังกัด

ผ่านระบบแผนทางการเงิน (PlanFin) และเครื่องมือวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง (Risk Scoring) ซึ่งจัดระดับความเสี่ยงตั้งแต่ 0 ถึง 7 ควบคู่กับการประเมินประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน (Total Performance Score: TPS) ที่ครอบคลุมด้านศักยภาพการหารายได้ การควบคุมค่าใช้จ่าย การบริหารสินทรัพย์และหนี้สิน ตลอดจนการจัดการสินค้าคงคลัง การใช้เครื่องมือทั้งสองร่วมกันช่วยให้เห็นภาพรวมทางการเงินที่ครอบคลุมทั้งด้านความคล่องตัว ความมั่นคง และศักยภาพการอยู่รอดของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ประเมินสถานะทางการเงินโดยใช้ Risk Scoring และ TPS ควบคู่กันในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในพื้นที่ห่างไกล ยังคงมีจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์ภาพรวมในระดับเขตสุขภาพมากกว่าการลงลึกในบริบทของโรงพยาบาลเดียว (เจษฎาพร และอนุตรา, 2565; วุฒิชัย, 2564) ช่องว่างความรู้นี้ทำให้ ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะนำไปกำหนดยุทธศาสตร์การเงินที่ตอบสนองต่อข้อจำกัดและความต้องการเฉพาะพื้นที่

ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการจัดการระดับความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประยุกต์ใช้ทั้ง Risk Scoring และ TPS ร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถใช้เป็นต้นแบบสำหรับการวางแผนและพัฒนากลยุทธ์ทางการเงินในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการจัดการระดับความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่งในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567

2. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการทางการเงินตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ของโรงพยาบาลวังโป่ง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) โดยใช้ข้อมูลทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1. รายงานแผนทางการเงิน (PlanFin) 2. รายงานการจัดระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) 3. ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพทางการเงินของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) โดยข้อมูลทั้งหมดเป็นข้อมูลภายในที่จัดทำและรายงานต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบกลางของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (<https://hfo.moph.go.th>) และใช้ในการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ข้อมูลด้านการเงินและการบริหารจัดการทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่จัดทำและรายงานในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 ได้แก่ รายงานแผนทางการเงิน (PlanFin) รายงานระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) และรายงานผลการประเมินประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน ประจำปีงบประมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลเฉพาะจากรายงานทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรในการวิจัย

ได้แก่ 1.ดัชนีความคล่องทางการเงิน (Current Ratio, Quick Ratio, Cash Ratio) 2. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital: NWC) 3.กำไรสุทธิ (Net Income) 4. ระยะเวลาเก็บหนี้ 5.ระยะเวลาชำระหนี้ 6. อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (ROA) 7.ประสิทธิภาพการบริหารสินค้ายคงคลัง รวมทั้งสิ้นจำนวน 45 รายการจากการรวบรวมรายงานรายไตรมาสและรายปีตลอดช่วง 3 ปีงบประมาณ โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ตรงกับกรอบแนวคิดและตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ แบบบันทึกข้อมูล (Data Extraction Forms) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากรายงานแผนทางการเงิน (PlanFin) และรายงานผลการดำเนินงานด้านการเงินของหน่วยบริการตามหลักเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงทางการเงินและประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) ครอบคลุมช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 โดยแบบบันทึกแบ่งออกเป็น 3 ชุด ดังต่อไปนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลแผนทางการเงิน (PlanFin) ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลด้านรายได้และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แผนรายได้-รายจ่าย รายได้-รายจ่ายจริง และผลต่างระหว่างรายได้และรายจ่าย

2. แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) พัฒนามาตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยประเมินจาก 3 กลุ่มดัชนี รวม 7 ตัวชี้วัด ได้แก่

2.1) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ (Liquidity Indicators) การประเมินความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัด โดยมีเกณฑ์ชี้วัดดังต่อไปนี้

2.1.1) อัตราทุนหมุนเวียนสุทธิ (Current Ratio; CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน (หักงบลงทุน) ÷ หนี้สินหมุนเวียน เกณฑ์: $CR < 1.5$ = มีความเสี่ยง (1 คะแนน), ≥ 1.5 = ไม่เสี่ยง (0 คะแนน)

2.1.2) อัตราทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio; QR) = (เงินสด + รายการเทียบเท่าเงินสด + ลูกหนี้ (ไม่รวมสินค้าคงคลังและงบลงทุน)) ÷ หนี้สินหมุนเวียน เกณฑ์: QR < 1 = มีความเสี่ยง (1 คะแนน), ≥ 1 = ไม่เสี่ยง (0 คะแนน)

2.1.3) อัตราเงินสด (Cash Ratio; Cash R) = (เงินสด + รายการเทียบเท่าเงินสด (ไม่รวมสินค้าคงคลัง ลูกหนี้ และงบลงทุน)) ÷ หนี้สินหมุนเวียน เกณฑ์: Cash R < 0.8 = มีความเสี่ยง (1 คะแนน), ≥ 0.8 = ไม่เสี่ยง (0 คะแนน)

2.2) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน (Financial Stability Indicators) ใช้ประเมินฐานะทางการเงินและผลการดำเนินงานประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด โดยมีเกณฑ์ชี้วัดดังต่อไปนี้

2.2.1) ทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital; NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน - หนี้สินหมุนเวียน เกณฑ์: NWC < 0 = 1 คะแนน (มีความเสี่ยง), ≥ 0 = ไม่เสี่ยง (0 คะแนน)

2.2.2) กำไรสุทธิ (Net Income; NI) = รายได้รวม - ค่าใช้จ่ายรวม (รวมค่าเสื่อมราคา) เกณฑ์: NI < 0 = 1 คะแนน (มีความเสี่ยง), ≥ 0 = ไม่เสี่ยง (0 คะแนน)

2.3) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง (Time to Financial Distress) ใช้ประเมินระยะเวลาที่หน่วยบริการจะเข้าสู่ปัญหาการเงินโดยพิจารณา 2 มิติ โดยมีเกณฑ์ชี้วัดดังต่อไปนี้

มิติที่ 1: กรณี ทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) เป็นบวก และ กำไรสุทธิ (NI) เป็นลบ

1. อยู่ได้ > 6 เดือน = ไม่เสี่ยง 0 คะแนน
2. อยู่ได้ > 3 เดือน แต่ ≤ 6 เดือน = มีความเสี่ยง (1 คะแนน)
3. อยู่ได้ ≤ 3 เดือน = มีความเสี่ยงมาก (2 คะแนน)

มิติที่ 2: กรณี ทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) เป็นลบ และ กำไรสุทธิ (NI) เป็นบวก

1. ปรับทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) เป็นบวกได้ > 6 เดือน = มีความเสี่ยงมาก (2 คะแนน)

2. ปรับทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) เป็นบวกได้ > 3 เดือน แต่ ≤ 6 เดือน = มีความเสี่ยง (1 คะแนน)

3. ปรับทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) เป็นบวกได้ ≤ 3 เดือน = ไม่เสี่ยง (0 คะแนน)

กรณีพิเศษ

1. ทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) บวก และ กำไรสุทธิ (NI) บวก = ไม่เสี่ยง (0 คะแนน)

2. ทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) ลบ และ กำไรสุทธิ (NI) ลบ = มีความเสี่ยงมาก (2 คะแนน)

การจัดระดับความเสี่ยง (Risk Scoring)

คะแนนรวมสูงสุด = 7 (วิกฤตสูงสุด) และต่ำสุด = 0 (เสถียรภาพดีที่สุดใน)

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 0 = วิกฤต ระดับ 0 | 1 = วิกฤต ระดับ 1 |
| 2 = วิกฤต ระดับ 2 | 3 = วิกฤต ระดับ 3 |
| 4 = วิกฤต ระดับ 4 | 5 = วิกฤต ระดับ 5 |
| 6 = วิกฤต ระดับ 6 | 7 = วิกฤต ระดับ 7 |

3. แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน (TPS Indicators / Grade Plus) ประเมินจาก 7 ตัวชี้วัด โดยใช้เกณฑ์ชี้วัดดังต่อไปนี้

- 3.1) ประสิทธิภาพการทำการกำไร (Operating Margin) $\geq$ ค่ากลาง = มีประสิทธิภาพ (1 คะแนน), $\leq$ ค่ากลาง = ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน)

- 3.2) อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset; ROA) $\geq$ ค่ากลาง = มีประสิทธิภาพ (1 คะแนน), $\leq$ ค่ากลาง = ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน)

- 3.3) ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้ (Average Payment Period) (ค่ายาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา)

- 3.3.1) Cash R < 0.8 และ Payment > 180 วัน = ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน)

- 3.3.2) Cash R ≥ 0.8 และ Payment > 90 วัน = ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน), ≤ 90 วัน = มีประสิทธิภาพ (1 คะแนน)

- 3.4) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บหนี้ลูกหนี้หลักประกันสุขภาพ (Average Collection Period: UC) ≤ 60 วัน = มีประสิทธิภาพ (1 คะแนน), > 60 วัน = ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน)

3.5) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บหนี้ลูกหนี้เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (Average Collection Period : CSMB) ≤ 60 วัน = มีประสิทธิภาพ (1 คะแนน), > 60 วัน = ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน)

3.6) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บหนี้ลูกหนี้ประกันสังคม (Average Collection Period: SSS) ≤ 120 วัน = มีประสิทธิภาพ (1 คะแนน), > 120 วัน = ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน)

3.7) การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน = มีประสิทธิภาพ (1 คะแนน), > 60 วัน = ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน)

การจัดระดับประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน (Grade Plus) โดยผ่านเกณฑ์ มีประสิทธิภาพ (1 คะแนน)

ผ่าน 7 ข้อ = A	ผ่าน 6 ข้อ = A-
ผ่าน 5 ข้อ = B	ผ่าน 4 ข้อ = B-
ผ่าน 3 ข้อ = C	ผ่าน 2 ข้อ = C-
ผ่าน 1 ข้อ = D	ผ่าน 0 ข้อ = F

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย ได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลตามหลักเกณฑ์และคู่มือการบันทึกบัญชีภาคสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนำมาวิเคราะห์ผลตามดัชนีชี้วัดตามเกณฑ์การคิดระดับความเสี่ยงทางการเงิน 7 ระดับ และประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน โดยใช้วิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน (Number) ร้อยละ (Percentage) สัดส่วน (Proportion) อัตราส่วน (Rate) และค่าเฉลี่ย (Mean) และ Matrix Grading โดยนำข้อมูลระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) และระดับประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน (Grade Plus) มาวิเคราะห์เพื่อจัดระดับสถานะการเงินของโรงพยาบาลในรูปแบบแบบแผน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากเอกสารและรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 โดยอ้างอิงจากข้อมูล

ที่หน่วยบริการจัดส่งผ่านเว็บไซต์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (<https://hfo.moph.go.th>) ขั้นตอนการดำเนินการมีดังนี้

1. ขออนุญาตเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มงานบัญชีและการเงินของโรงพยาบาลวังโป่งเพื่อขออนุญาตและจัดเตรียมเอกสาร ได้แก่ รายงานแผนทางการเงิน (PlanFin), งบทดลอง, รายงาน Risk Scoring และผลการประเมิน Total Performance Score (TPS)

2. ตรวจสอบคุณภาพข้อมูล เจ้าหน้าที่การเงินร่วมกับผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลรายเดือนและรายไตรมาสในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลไม่มีความซ้ำซ้อนหรือขาดหาย

3. จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามแบบบันทึก ข้อมูลจะถูกจัดแบ่งออกเป็น 3 หมวดหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลรายได้และรายจ่ายจาก PlanFin 2) ดัชนีความเสี่ยงทางการเงินตามเกณฑ์ Risk Scoring 3) ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพทางการเงิน (TPS Indicators)

4. บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่พัฒนาไว้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลตามรายการตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์เชิงพรรณนา การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายใต้กรอบเวลาตามระเบียบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้หน่วยบริการรายงานภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป อันเป็นระบบรายงานที่มีความน่าเชื่อถือและใช้เป็นมาตรฐานทั่วประเทศ

ผลการวิจัย

1. **แผนทางการเงิน (PlanFin)** ระหว่างปีงบประมาณ 2565–2567 ผลการวิเคราะห์แผนทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง พบว่า ปีงบประมาณ 2565: รายได้จริงสูงกว่าแผนร้อยละ 7.29 และค่าใช้จ่ายต่ำกว่าแผนร้อยละ 1.08 ปีงบประมาณ 2566: รายได้จริงต่ำกว่าแผนร้อยละ 11.13 ค่าใช้จ่ายต่ำกว่าแผนร้อยละ 4.64 ปีงบประมาณ 2567: รายได้จริงต่ำ

กว่าแผนร้อยละ 2.99 ค่าใช้จ่ายเกินกว่าแผนร้อยละ 3.58 จากแนวโน้มดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้โรงพยาบาลสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีในช่วงแรก แต่ใน ปีงบประมาณ 2567 เริ่มเผชิญภาวะขาดดุล ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากต้นทุนคงที่และรายได้ที่ลดลง ดังตารางที่ 1

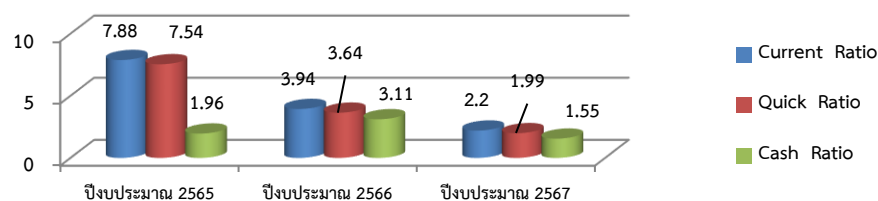
ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบแผนทางการเงินระหว่างรายได้-ค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2565- 2567

(หน่วย : ล้านบาท)

ปีงบประมาณ	รายได้ (แผน)	รายได้ (ผลจริง)	% ต่าง	ค่าใช้จ่าย (แผน)	ค่าใช้จ่าย (ผลจริง)	% ต่าง
2565	170.13	182.53	7.29	132.68	131.25	-1.08
2566	147.00	130.64	-11.13	138.29	131.88	-4.64
2567	117.17	113.67	-2.99	126.38	130.91	3.58

2.การจัดระดับความเสี่ยงทางการเงิน

2.1 กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ((Liquidity Indicators) Current Ratio, Quick Ratio, Cash Ratio) ผลการวิเคราะห์ดัชนีความคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่งในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 พบว่า ปี 2565: Current Ratio = 7.88 เท่า, Quick Ratio = 7.54 เท่า, Cash Ratio = 1.96 เท่า ปี 2566: Current Ratio = 3.94 เท่า, Quick Ratio = 3.64 เท่า, Cash Ratio = 3.11 เท่า ปี 2567 Current Ratio = 2.20 เท่า, Quick Ratio = 1.99 เท่า, Cash Ratio = 1.55 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมิน พบว่า โรงพยาบาลสามารถบริหารสภาพคล่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากทั้ง Current Ratio, Quick Ratio และ Cash Ratio อยู่ในระดับที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานทุกปี ส่งผลให้ไม่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง (0 คะแนน) ตลอดช่วงเวลาการศึกษาผลดังกล่าวสะท้อนว่า แม้ค่าอัตราส่วนสภาพคล่องจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ Current Ratio และ Quick Ratio แต่ยังคงอยู่ในระดับที่มั่นคงเพียงพอที่จะรองรับภาระหนี้สินระยะสั้นและการดำเนินงานประจำวันของโรงพยาบาล ดังแสดงใน แผนภูมิที่ 1



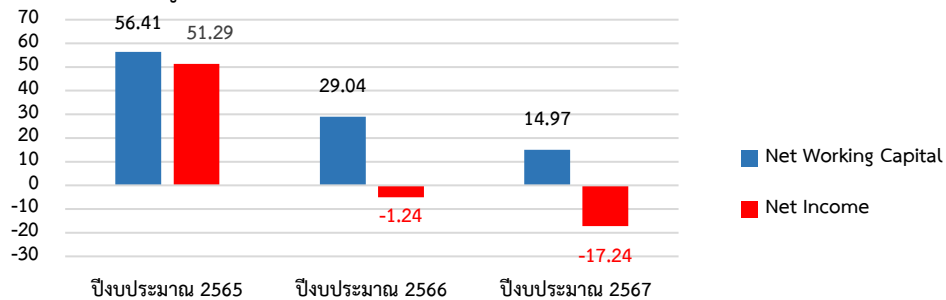
แผนภูมิที่ 1 กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์

2.2 กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน (Stability Indicators: Net Working Capital, Net Income) การวิเคราะห์ความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง พิจารณาจากดัชนีหลัก 2 รายการ ได้แก่ ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital: NWC) และ กำไรสุทธิ (Net Income: NI)

1) ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital: NWC) ผลการวิเคราะห์ในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 พบว่า ทุนสำรองสุทธิของโรงพยาบาลวังโป่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2565 มีมูลค่าสูงสุดที่ 67.58 ล้านบาท (ไตรมาส 3) ปีงบประมาณ 2566 ลดลงเหลือ 29.04 ล้านบาท และในปีงบประมาณ 2567 เหลือเพียง 14.97 ล้านบาท (ไตรมาส 4) อย่างไรก็ตาม ตามเกณฑ์การประเมิน ทุนสำรองสุทธิของโรงพยาบาลยังคง ผ่านเกณฑ์วัด ตลอดทั้งสามปี โดยค่าน้ำหนักความเสี่ยงอยู่ในระดับ ไม่เสี่ยง (0 คะแนน)

2) กำไรสุทธิ (Net Income: NI) ในปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลวังโป่งมีผลกำไรสุทธิ 51.29 ล้านบาท แสดงถึงสภาพการเงินที่มั่นคง แต่ในปีงบประมาณ 2566 เริ่มประสบภาวะขาดทุน -1.24 ล้านบาท

และขาดทุนต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2567 รวม -17.24 ล้านบาท ส่งผลให้การประเมินกำไรสุทธิในปี 2566 และ 2567 ไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัด โดยมีค่าน้ำหนักความเสี่ยงในระดับ เสี่ยง (1 คะแนน) ทั้งสองปี ขณะที่ปี 2565 อยู่ในระดับ ไม่เสี่ยง (0 คะแนน) สรุปผลการวิเคราะห์ แม้โรงพยาบาลจะยังมีทุนสำรองสุทธิอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย แต่การขาดทุนต่อเนื่องสองปีซ้อนสะท้อนถึงความเปราะบางทางการเงินที่เพิ่มขึ้น ซึ่งหากแนวโน้มดังกล่าวดำเนินต่อไปโดยไม่มีมาตรการแก้ไข อาจกระทบต่อเสถียรภาพและศักยภาพในการบริหารจัดการทางการเงินในระยะยาว ดังแผนภูมิที่ 2



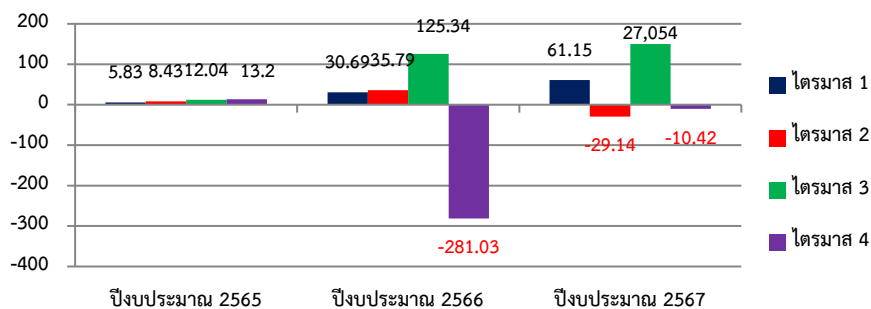
แผนภูมิที่ 2 กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน

2.3 กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน (Survive Index)

การวิเคราะห์ระยะเวลาทุนสำรองสุทธิที่สามารถรองรับค่าใช้จ่าย (Survive Index) ของโรงพยาบาลวังโป่ง ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่า มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2565 ค่าเฉลี่ย Survive Index อยู่ที่ 13.20 เดือน แสดงถึงความสามารถในการรองรับภาระค่าใช้จ่ายได้เพียงพอและอยู่ในระดับปลอดภัย ปีงบประมาณ 2566 ค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมากเป็น -281.03 เดือน อันเป็นผลจากการกำไรสุทธิ (NI) ที่ติดลบ แม้ว่าทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) จะยังคงเป็นบวก ส่วนปีงบประมาณ 2567 ค่าเฉลี่ย Survive Index ปรับตัวขึ้นเล็กน้อยมาอยู่ที่ -10.42 เดือน แต่ยังสะท้อนถึงความเปราะบางทางการเงินเนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอครอบคลุมค่าใช้จ่าย ผลการประเมิน สรุปได้ว่า ปี 2565: NWC และ NI เป็นบวก ส่งผลให้ Survive Index ผ่านเกณฑ์ อยู่ในระดับ ไม่เสี่ยง (0 คะแนน) ปี 2566–2567: แม้ NWC เป็นบวก แต่ NI ติดลบ ทำให้ค่า Survive Index เป็นลบ อย่างไรก็ตาม ตามเกณฑ์การประเมินยังถือว่า ผ่านเกณฑ์ (ไม่เสี่ยง, 0 คะแนน) ทั้งสองปี โดยสรุป Survive Index ชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลวังโป่งยังคงมีความสามารถในการประคับประคองสภาพคล่องในระยะสั้นจากทุนหมุนเวียนสุทธิ แม้ว่าจะประสบภาวะขาดทุนต่อเนื่อง แต่การที่ค่า Survive Index ติดลบในปี 2566–2567 ถือเป็น สัญญาณเตือนถึงความเปราะบางทางการเงินที่ควรได้รับการติดตามและกำหนดมาตรการแก้ไขอย่างจริงจัง (ดังแสดงใน ตารางที่ 2 และ แผนภูมิที่ 3)

ตารางที่ 2 ระยะเวลาทุนสำรองสุทธิที่สามารถรองรับค่าใช้จ่าย (Survive Index) ของโรงพยาบาลวังโป่ง (พ.ศ. 2565–2567)

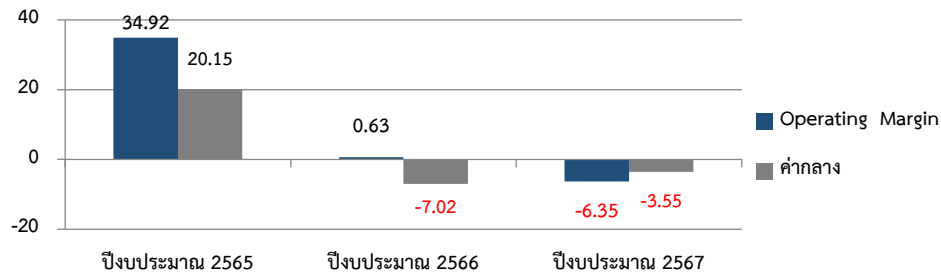
ปีงบประมาณ	Net Working Capital (NWC)	Net Income (NI)	ค่า Survive Index (เดือน)	ผลการประเมิน	ค่าน้ำหนักความเสี่ยง
2565	56,414,910.92	51,288,538.16	13.20	ผ่านเกณฑ์	0 (ไม่เสี่ยง)
2566	29,036,732.50	-1,238,303.47	-281.03	ผ่านเกณฑ์	0 (ไม่เสี่ยง)
2567	14,972,657.34	-17,235,785.93	-10.42	ผ่านเกณฑ์	0 (ไม่เสี่ยง)



แผนภูมิที่ 3 กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน Survive Index

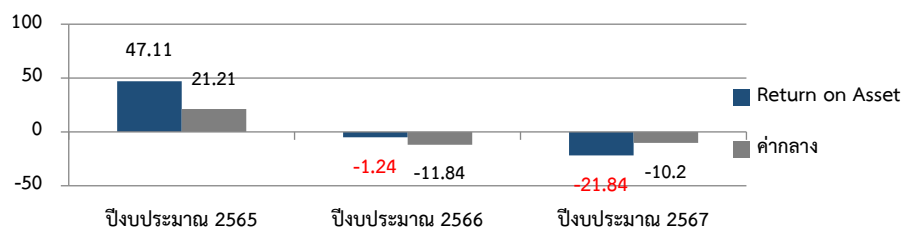
3.ประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน การประเมินประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง ใช้เกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ซึ่งครอบคลุมตัวชี้วัดสำคัญหลายด้าน โดยมีเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินดังนี้ ระยะเวลาการชำระหนี้ (Average Payment Period: APP) หาก Cash Ratio < 0.8 และ APP > 180 วัน หรือ Cash Ratio ≥ 0.8 และ APP > 90 วัน จะถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ (0 คะแนน) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period: ACP) สำหรับลูกหนี้ UC และ CSMBS เกณฑ์มาตรฐานกำหนดที่ ≤ 60 วัน ส่วนลูกหนี้ SSS กำหนดที่ ≤ 120 วัน หากเกินเกณฑ์จะถือว่าไม่ผ่านการประเมิน การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management: IM) เกณฑ์มาตรฐานกำหนดที่ ≤ 60 วัน หากเกินเกณฑ์จะถือว่าไม่ผ่านการใช้เกณฑ์ดังกล่าวช่วยสะท้อนทั้งมิติของ สภาพคล่อง, การควบคุมหนี้, และการบริหารทรัพยากร ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาล

3.1 ประสิทธิภาพการทำกำไร (Operating Margin) การวิเคราะห์ค่า Operating Margin ของโรงพยาบาลวังโป่งในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 เมื่อเปรียบเทียบกับค่ากลางที่กำหนดโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปีงบประมาณ 2565: ค่า Operating Margin อยู่ที่ 34.92% สูงกว่าค่ากลางที่ 20.15% อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างผลกำไรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การประเมินอยู่ในระดับ ผ่านเกณฑ์ (1 คะแนน) ปีงบประมาณ 2566: ค่า Operating Margin ลดลงเหลือเพียง 0.63% แม้ตัวเลขอยู่ในระดับใกล้เคียงศูนย์ แต่ยังสูงกว่าค่ากลางที่ -7.02% แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลยังสามารถบริหารจัดการค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน แม้รายได้จะลดลง ส่งผลให้ยังคง ผ่านเกณฑ์ (1 คะแนน) ปีงบประมาณ 2567: ค่า Operating Margin ติดลบที่ -6.35% ต่ำกว่าค่ากลางที่ -3.55% แสดงถึงการสูญเสียศักยภาพในการทำกำไร และไม่สามารถรักษาสมดุลรายได้และค่าใช้จ่ายได้ ส่งผลให้ ไม่ผ่านเกณฑ์ (0 คะแนน) สรุปผล: แนวโน้มค่า Operating Margin ของโรงพยาบาลวังโป่งลดลงอย่างต่อเนื่องตลอด 3 ปี โดยเฉพาะในปี 2567 ที่ไม่สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้ แสดงถึงความท้าทายด้านการควบคุมรายได้และค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งควรได้รับการปรับปรุงในเชิงนโยบายและการบริหารจัดการทางการเงินอย่างจริงจัง (ดังแผนภูมิที่ 4)



แผนภูมิที่ 4 ประสิทธิภาพการทำการกำไร (Operating Margin)

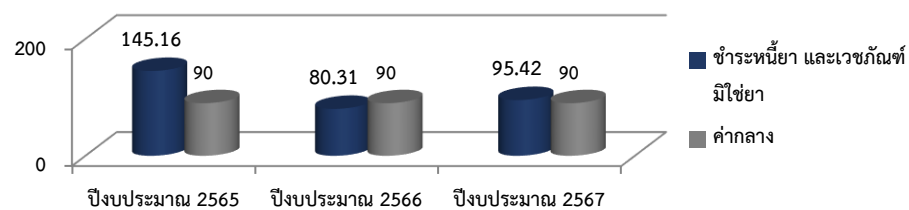
3.2 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset: ROA) การวิเคราะห์อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (ROA) ของโรงพยาบาลวังโป่งในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 เมื่อเปรียบเทียบกับค่ากลางที่กำหนดโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปีงบประมาณ 2565: ค่า ROA เท่ากับ 47.11% สูงกว่าค่ากลางที่ 21.21% อย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงความสามารถในการใช้สินทรัพย์เพื่อสร้างผลตอบแทนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ ผ่านเกณฑ์ (1 คะแนน) ปีงบประมาณ 2566: ค่า ROA ลดลงเหลือ -1.24% แต่ยังสูงกว่าค่ากลางที่ -11.84% สะท้อนถึงการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าค่าเฉลี่ย แม้จะมีผลขาดทุนสุทธิ แต่ตามเกณฑ์การประเมินยังถือว่า ผ่านเกณฑ์ (1 คะแนน) ปีงบประมาณ 2567: ค่า ROA ลดลงต่อเนื่องเหลือ -21.84% ต่ำกว่าค่ากลางที่ -10.20% อย่างชัดเจน แสดงถึงประสิทธิภาพในการใช้สินทรัพย์ลดลง ไม่สามารถสร้างรายได้เพียงพอที่จะชดเชยการขาดทุน ส่งผลให้ ไม่ผ่านเกณฑ์ (0 คะแนน) สรุปผล: ค่า ROA ของโรงพยาบาลวังโป่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตลอด 3 ปี โดยในปี 2565–2566 ยังอยู่ในเกณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ แต่ปี 2567 ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน สะท้อนถึงการสูญเสียประสิทธิภาพด้านการบริหารสินทรัพย์และความเสี่ยงทางการเงินที่ชัดเจนมากขึ้น (ดังแผนภูมิที่ 5)



แผนภูมิที่ 5 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)

3.3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้ (Average Payment Period) ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้ (Average Payment Period: APP) เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึง ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการภาระหนี้ของโรงพยาบาล โดยวัดจากจำนวนวันเฉลี่ยที่ใช้ในการชำระหนี้ค่ายาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา เกณฑ์มาตรฐานตามสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) กำหนดว่า หาก Cash Ratio < 0.8 และ APP เกิน 180 วัน หรือกรณีที่ Cash Ratio ≥ 0.8 แต่ APP เกิน 90 วัน จะถือว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ (0 คะแนน) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 พบว่า ปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลวังโป่งมีค่า APP เฉลี่ย 145.16 วัน สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด แม้จะไม่ถึง 180 วัน แต่เมื่อพิจารณาพร้อมกับค่า Cash Ratio ที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ทำให้ ไม่ผ่านการประเมิน อยู่ในระดับ ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน) ปีงบประมาณ 2566 ค่า APP ปรับลดลงเหลือ 80.31 วัน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 90 วัน จึงถือว่า ผ่านการประเมิน อยู่ในระดับ มีประสิทธิภาพ

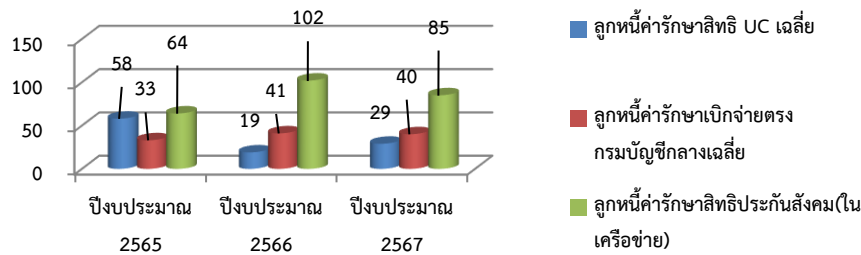
(1 คะแนน) ปีงบประมาณ 2567 ค่า APP เพิ่มขึ้นอีกครั้งเป็น 95.42 วัน แม้ไม่ถึง 180 วัน แต่เกินเกณฑ์มาตรฐาน 90 วัน ส่งผลให้ ไม่ผ่านการประเมิน อยู่ในระดับ ไม่มีประสิทธิภาพ (0 คะแนน) สรุปผล: แนวโน้มการบริหารภาระหนี้ของโรงพยาบาลวังโป่งมีความผันผวน โดยในปี 2566 สามารถปรับปรุงได้จนอยู่ในระดับมีประสิทธิภาพ แต่ในปี 2567 ประสิทธิภาพกลับถดถอยลงอีกครั้ง แสดงถึงความไม่ต่อเนื่องของระบบบริหารหนี้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของคู่ค้าและสภาพคล่องในระยะยาว (ดังแผนภูมิที่ 6)



แผนภูมิที่ 6 ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้ (Average Payment Period)

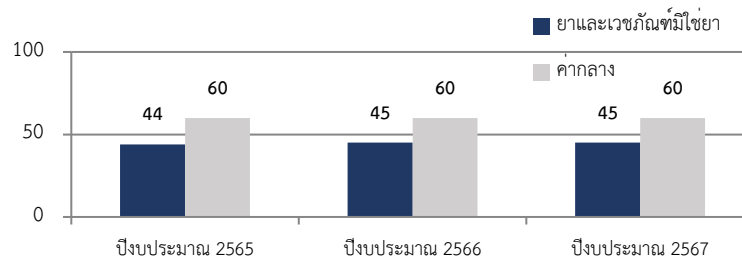
3.4 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period: ACP) เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมิน ประสิทธิภาพการบริหารจัดการลูกหนี้ ของโรงพยาบาล โดยแสดงจำนวนวันเฉลี่ยที่ใช้ในการเปลี่ยนยอดลูกหนี้การทำให้กลายเป็นกระแสเงินสด เกณฑ์มาตรฐานตามสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) กำหนดว่า ลูกหนี้สิทธิ UC และ CSMBs ต้องไม่เกิน 60 วัน และลูกหนี้สิทธิ SSS ต้องไม่เกิน 120 วัน หากเกินกว่าค่ากำหนดจะถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลวังโป่งในช่วงปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่า ลูกหนี้ UC ปี 2565 ใช้เวลาเฉลี่ย 58 วัน อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ถือว่า ผ่านการประเมิน ปี 2566 ลดลงเหลือเพียง 19 วัน สะท้อนถึงการจัดการหนี้ที่มีประสิทธิภาพสูงมาก ปี 2567 เพิ่มขึ้นเป็น 29 วัน แม้จะยาวนานขึ้นเล็กน้อย แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ถือว่า ผ่านการประเมิน ลูกหนี้ CSMBs ปี 2565 เฉลี่ย 33 วัน อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 41 วัน แต่ยังไม่เกิน 60 วัน ปี 2567 เฉลี่ย 40 วัน ใกล้เคียงกับปีก่อน สะท้อนถึงเสถียรภาพในการจัดการหนี้ทั้งหมดจึงถือว่า ผ่านการประเมินตลอดทั้งสามปี ลูกหนี้ SSS ปี 2565 เฉลี่ย 64 วัน อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (≤ 120 วัน) ปี 2566 เพิ่มขึ้นถึง 102 วัน แม้ยังไม่เกิน 120 วัน แต่สะท้อนถึงความล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญ ปี 2567 ลดลงเหลือ 85 วัน แม้ดีกว่าปีก่อน แต่ยังคงถือว่าค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับ UC และ CSMBs ทั้งสามปีอยู่ในเกณฑ์ ผ่านการประเมิน แต่มีสัญญาณความเสี่ยงในปี 2566 และ 2567 ที่ควรเฝ้าระวัง สรุปผล: โรงพยาบาลวังโป่งมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บหนี้จากกองทุน UC และ CSMBs อยู่ในระดับดีและคงที่ ขณะที่ลูกหนี้ SSS แม้ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่มีแนวโน้มความล่าช้าโดยเฉพาะในปี 2566 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงิน จำเป็นต้องติดตามและปรับปรุงกระบวนการจัดเก็บหนี้อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการสะสมของหนี้ที่ยืดเยื้อเกินไป (ดังแผนภูมิที่ 7)



แผนภูมิที่ 7 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period)

3.5 การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) การบริหารสินค้าคงคลังถือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญด้านประสิทธิภาพทางการเงินของโรงพยาบาล เนื่องจากสะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมปริมาณและการหมุนเวียนวัสดุ เวชภัณฑ์ และยา ให้สอดคล้องกับความต้องการใช้งานจริงของหน่วยบริการ การบริหารที่มีประสิทธิภาพช่วยลดความเสี่ยงจากการเกิดต้นทุนจม (overstock) และปัญหาการขาดแคลนวัสดุ (stock-out) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและสภาพคล่องทางการเงินโดยตรง ผลการวิเคราะห์ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการหมุนเวียนสินค้าคงคลัง (Inventory Turnover) ของโรงพยาบาลวังโป่งอยู่ในระดับคงที่ โดยปีงบประมาณ 2565 เฉลี่ย 44 วัน ปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 45 วัน และปีงบประมาณ 2567 ยังคงเฉลี่ยที่ 45 วัน โดยไม่แตกต่างกันมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สร.) กำหนดไว้ที่ ≤ 60 วัน ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลวังโป่งยังคง ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตลอดทั้งสามปี อยู่ในระดับมีประสิทธิภาพ (1 คะแนน) แม้ค่าเฉลี่ยจะไม่แสดงแนวโน้มการปรับปรุงที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน แต่ก็ไม่ปรากฏสัญญาณความเสื่อมถอยของระบบบริหารคลังวัสดุ สรุปผล: การบริหารสินค้าคงคลังของโรงพยาบาลวังโป่ง ในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 อยู่ในระดับเสถียรภาพและมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่ราว 44–45 วัน ยังถือว่าค่อนข้างสูง หากสามารถพัฒนา ระบบบริหารจัดการคลังยา และเวชภัณฑ์ ให้กระชับมากขึ้น อาจช่วยลดระยะเวลาในการหมุนเวียน เพิ่มสภาพคล่อง และลดความเสี่ยงด้านต้นทุนในระยะยาว (ดังแผนภูมิที่ 8)



แผนภูมิที่ 8 บริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management)

4.การจัดระดับความเสี่ยงทางการเงินและประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน การวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงทางการเงินและประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่ง ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 ใช้เกณฑ์ Matrix Grading ตามแนวทางของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาจาก 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1. Risk Scoring เป็นการประเมินระดับความเสี่ยงทางการเงินจาก 3 กลุ่ม ตัวชี้วัด ได้แก่ กลุ่มแสดงความเสี่ยงตามสภาพสินทรัพย์ (Current Ratio: CR, Quick Ratio: QR

และ Cash Ratio) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน (ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital: NWC) และกำไรสุทธิ (Net Income: NI) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน (Survive Index) 2. Grade Plus การประเมินประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินตามเกณฑ์ Total Performance Score (TPS) โดยพิจารณาจาก 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ Operating Margin, Return on Assets (ROA), ระยะเวลาการชำระหนี้, ระยะเวลาการเก็บหนี้ UC, CSMBs และ SSS และการบริหารสินค้าคงคลัง ผลการวิเคราะห์ ปีงบประมาณ 2565: โรงพยาบาลวังโป่งมีคะแนนรวมจาก Risk Scoring เท่ากับ 0 (ระดับ 0) สะท้อนถึงการไม่มีความเสี่ยงทางการเงิน ขณะเดียวกันผลการประเมิน Grade Plus อยู่ในระดับ A- (ผ่านเกณฑ์ 6 ใน 7 ตัวชี้วัด) ส่งผลให้ Matrix Grading อยู่ที่ 0A- แสดงถึงสถานะทางการเงินที่มั่นคง มีสภาพคล่องเพียงพอ และไม่มีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ แม้ยังมีบางตัวชี้วัดที่ควรเฝ้าระวัง ปีงบประมาณ 2566: คะแนนรวมจาก Risk Scoring เพิ่มขึ้นเป็น 1 (ระดับ 1) แสดงถึงการเริ่มมีความเสี่ยง โดยเฉพาะจากตัวชี้วัดกำไรสุทธิที่พลิกเป็นผลขาดทุน แต่ยังคงรักษาประสิทธิภาพการจัดการได้ดี เนื่องจากผลการประเมิน Grade Plus อยู่ในระดับ A (ผ่านครบ 7 ตัวชี้วัด) ส่งผลให้ Matrix Grading เป็น 1A สะท้อนถึงศักยภาพการควบคุมต้นทุนและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ แม้จะเริ่มมีสัญญาณความเปราะบางทางรายได้ ปีงบประมาณ 2567: คะแนนรวม Risk Scoring เท่ากับ 1 (ระดับ 1) เช่นเดียวกับปีก่อน แต่ประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินลดลง ผลการประเมิน Grade Plus อยู่ในระดับ B- (ผ่านเพียง 4 ใน 7 ตัวชี้วัด) ส่งผลให้ Matrix Grading อยู่ที่ 1B- ปัญหาหลักเกิดจากการไม่ผ่านเกณฑ์ด้าน Operating Margin, ROA และ Average Payment Period แสดงถึงความเปราะบางทางการเงินที่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) ของโรงพยาบาลวังโป่ง (พ.ศ. 2565–2567)

รายการ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
1.กลุ่มความคล่องตามสภาพสินทรัพย์(CR, QR, Cash R)	0	0	0
2.กลุ่มความมั่นคงทางการเงิน (NWC ,NI)	0	1	1
3.กลุ่มระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน (ทุนสำรองรองรับการขาดทุนเฉลี่ย)	0	0	0
รวมคะแนน (Risk Scoring)	0	1	1

(2) Grade Plus เป็นการประเมินประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน โดยใช้เกณฑ์ Total Performance Score (TPS) ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1. ความสามารถในการทำกำไร (Operating Margin) 2. ผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Assets: ROA) 3.ระยะเวลาการชำระหนี้ (Average Payment Period) 4.ประสิทธิภาพในการบริหารลูกหนี้-เจ้าหนี้การค้า (Receivable & Payable Management) ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่งในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 พบว่า ปี 2565: ได้ระดับ A- โดยผ่านเกณฑ์ 6 ใน 7 ตัวชี้วัด สะท้อนว่าระบบการจัดการทางการเงินของโรงพยาบาลอยู่ในระดับที่ดีมาก แม้ยังมีบางตัวชี้วัดที่ควรได้รับการปรับปรุง เช่น ระยะเวลาการชำระหนี้ ปี 2566: ประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินเพิ่มขึ้นเป็นระดับ A ผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 7 ตัวชี้วัด แสดงถึงศักยภาพการบริหารที่มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยเฉพาะด้านการทำกำไรและการจัดการลูกหนี้-เจ้าหนี้ที่ปรับตัวดีขึ้น ปี 2567: ประสิทธิภาพลดลงเหลือเพียงระดับ B- ผ่านเกณฑ์เพียง 4 ใน 7 ตัวชี้วัด ปัญหาหลัก

คือไม่ผ่านเกณฑ์ในด้าน Operating Margin, ROA และ Average Payment Period ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มความเปราะบางทางการเงินที่เพิ่มขึ้น โดยสรุป ผลการประเมิน Grade Plus ชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลวังโป่งมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในช่วงปี 2566 แต่กลับเผชิญความเสี่ยงถอยทางการเงินในปี 2567 จากปัญหาการทำกำไรและการใช้สินทรัพย์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสภาพคล่องและความมั่นคงทางการเงินในระยะยาวดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน (Grade Plus)

ปีงบประมาณ	Operating Margin	Return on Asset	A Payment Period	ลูกหนี้ UC	ลูกหนี้ CSMBS	ลูกหนี้ SSS	สินค้าคงคลัง	TPS ผ่านเกณฑ์	Grade Plus
2565	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ไม่ผ่าน (0)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	6/7	A-
2566	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	7/7	A
2567	ไม่ผ่าน (0)	ไม่ผ่าน (0)	ไม่ผ่าน (0)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	ผ่าน (1)	4/7	B-

(3) ผลการจัดระดับ Matrix Grading จากการวิเคราะห์ผลรวมของระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) และระดับประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน (Grade Plus) ของโรงพยาบาลวังโป่ง ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 สรุปได้ดังนี้ ปีงบประมาณ 2565: อยู่ในระดับ 0A– หมายถึง หน่วยบริการไม่มีคะแนนความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring = 0) และมีประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินในระดับดี (Grade Plus = A– ผ่าน 6 ใน 7 ตัวชี้วัด) สะท้อนถึงฐานะการเงินที่มั่นคง มีสภาพคล่องเพียงพอ และไม่มีภาวะขาดทุนที่กังวล แม้ยังมีบางตัวชี้วัดที่ควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2566: อยู่ในระดับ 1A แสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการเริ่มมีสัญญาณความเสี่ยงทางการเงินเล็กน้อย (Risk Scoring = 1) อันเนื่องมาจากผลกำไรสุทธิที่พลิกเป็นผลขาดทุน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลยังคงรักษาประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินให้อยู่ในระดับสูง (Grade Plus = A ผ่านครบทั้ง 7 ตัวชี้วัด) สะท้อนถึงศักยภาพด้านการทำกำไร การควบคุมต้นทุน และการบริหารลูกหนี้–เจ้าหนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะเริ่มมีความเปราะบางบางด้านก็ตาม ปีงบประมาณ 2567: อยู่ในระดับ 1B– หมายถึง ความเสี่ยงทางการเงินยังคงเท่าเดิม (Risk Scoring = 1) แต่ประสิทธิภาพการจัดการทางการเงินลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Grade Plus = B– ผ่านเพียง 4 ใน 7 ตัวชี้วัด) โดยเฉพาะในด้านความสามารถในการทำกำไร (Operating Margin), ผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (ROA) และระยะเวลาการชำระหนี้ (Average Payment Period) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้สถานะทางการเงินมีความเปราะบางเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากรายได้ที่ลดลง ขณะที่ภาระต้นทุนคงที่ยังคงอยู่ในระดับสูง ทำให้โรงพยาบาลเผชิญความท้าทายในการรักษาสมดุลทางการเงินมากขึ้นดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการจัดระดับ Matrix Grading โรงพยาบาลวังโป่ง (ปีงบประมาณ 2565–2567)

ปีงบประมาณ	Risk Scoring	Grade Plus	Matrix Grading รวม
2565	0	A–	0A–
2566	1	A	1A
2567	1	B–	1B–

อภิปรายผล

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่งในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 โดยอิงจากเกณฑ์ Risk Scoring และ Grade Plus ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินตัวชี้วัดทางการเงินในหลายมิติ ซึ่งนำไปสู่ข้อค้นพบและข้อพิจารณาที่สำคัญ ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านรายได้และค่าใช้จ่าย ในปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลวังโป่งมีรายได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (UC) สูงกว่าแผนร้อยละ 1.55 สะท้อนถึงประสิทธิภาพการบริหารงานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2565 ซึ่งมีรายได้สูงกว่าแผนถึงร้อยละ 8.68 พบว่าการลดลงของรายได้ในปีถัดมา เป็นผลจากการสิ้นสุดของงบประมาณสนับสนุน COVID-19 ซึ่งเป็นรายได้พิเศษที่ไม่ต่อเนื่อง (ชาลีเอี่ยมมา, 2563) ขณะที่ต้นทุนคงที่ยังอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายจริงในปี 2567 สูงกว่าแผนกว่า 2.5 ล้านบาท สอดคล้องกับข้อเสนอของ ญัฐวุฒิพัทพงศ์กร (2563) ที่ชี้ว่า โรงพยาบาลชุมชนควรมีระบบติดตามความสมดุลระหว่างรายรับ-รายจ่ายอย่างใกล้ชิด

2. ระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Scoring) ระดับความเสี่ยงทางการเงินเพิ่มจากระดับ 0 เป็นระดับ 1 อย่างต่อเนื่องในปี 2566 และ 2567 โดยมีปัจจัยหลักจากกำไรสุทธิที่ติดลบและทุนสำรองสุทธิที่ลดลง ทั้งนี้สอดคล้องกับงานของ Berman et al. (2009) ที่ระบุว่า การลดลงของกระแสเงินสดจากการดำเนินงานจะส่งผลต่อเสถียรภาพขององค์กรและอาจนำไปสู่ความเสี่ยงด้านการดำรงอยู่ในระยะยาว

3. ประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน (TPS) ผลการประเมิน TPS ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากระดับ A- ในปี 2565 เป็น A ในปี 2566 และลดลงเป็น B-

ในปี 2567 โดยการลดระดับในปี 2567 เกิดจากตัวชี้วัด Operating Margin และ ROA ที่ติดลบ ร่วมกับระยะเวลาการชำระหนี้ที่ยาวนานขึ้น สะท้อนปัญหาความสามารถในการบริหารต้นทุนและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ (วุฒิชัย รัตนวงษ์, 2564; เจษฎาพร โชติรัตน์ และอนุตรา ยิ้มสุข, 2565) แนวโน้มดังกล่าวเน้นย้ำความสำคัญของการใช้ระบบ Matrix Grading ที่ผสมผสานเกณฑ์ Risk Scoring กับ TPS เพื่อประเมินภาพรวมสถานการณ์ทางการเงินอย่างรอบด้านและแม่นยำ

4. ข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างเสถียรภาพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นความจำเป็นของการเพิ่มรายได้ผ่านการขยายบริการเฉพาะทาง การควบคุมค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายจริง และการพัฒนาระบบติดตามลูกหนี้และคลังวัสดุอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางของ COSO (2017) และหลักการ ERM ที่เน้นให้หน่วยงานภาครัฐบริหารความเสี่ยงเชิงรุก โดยใช้ข้อมูลทางการเงินเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดการระดับความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลวังโป่งในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่สำคัญใน 3 ด้าน ดังนี้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1.1 พัฒนารูปแบบการบริการเพื่อเพิ่มรายได้: ควรส่งเสริมการให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญและมีแนวโน้มสร้างรายได้สูง เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง หรือคลินิกเฉพาะทางที่ยังไม่ครอบคลุมในพื้นที่ พร้อมวางแผนการลงทุนด้านบุคลากรและเทคโนโลยีอย่างมีเป้าหมาย

1.2 จัดทำแผนธุรกิจแบบองค์รวม: โรงพยาบาลควรจัดทำ Business Plan ที่ชัดเจน

ครอบคลุมการวิเคราะห์ต้นทุน-รายรับ การประเมิน จุดแข็ง-จุดอ่อน และระบบติดตามประเมินผล เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการตัดสินใจและบริหารจัดการทางการเงิน

1.3 วางแผนการลงทุนในทรัพยากรสินทรัพย์ อย่างยั่งยืน: ควรพิจารณาความคุ้มค่าทาง เศรษฐศาสตร์ก่อนลงทุน โดยอิงจากกระแสเงินสด และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เพื่อไม่ให้เกิดภาระ การเงินในอนาคต

1.4 ปรับแผนการใช้ทรัพยากรให้สอดคล้อง กับงบประมาณ: เน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกันใน เครือข่ายบริการสุขภาพ และออกแบบโครงสร้าง กำลังคนให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านงบประมาณและ เป้าหมายการให้บริการ

2. ข้อเสนอแนะด้านการบริหารการเงิน

2.1 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารลูกหนี้และ กระแสเงินสด: พัฒนาเครื่องมือสารสนเทศที่สามารถ ติดตามสถานะลูกหนี้รายโครงการ พร้อมระบบแจ้ง เตือนการเรียกเก็บหนี้ล่าช้า เพื่อเร่งรัดรายรับ ลดความเสี่ยงด้านสภาพคล่อง และเสริมความมั่นคง ทางการเงิน

2.2 จัดทำแนวทางบริหารเจ้าหน้าที่ที่เป็นระบบ: กำหนดรอบเวลาการชำระหนี้ที่แน่นอน จัดระบบ ติดตามหนี้ และกำหนดลำดับความสำคัญของเจ้าหน้าที่ เพื่อรักษาวินัยทางการเงินและความน่าเชื่อถือของ โรงพยาบาลข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป ควรศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลชุมชน ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยร่วมและ แนวทางการจัดการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งขยายขอบเขตการศึกษาในระดับเขตสุขภาพ หรือระดับประเทศ เพื่อพัฒนาแนวทางการบริหาร ความเสี่ยงทางการเงินที่ครอบคลุมและปรับใช้ได้ เหมาะสมกับหลากหลายบริบท

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ประสิทธิภาพการจัดการ ระดับความเสี่ยงทางการเงินในโรงพยาบาลวังโป่ง” พบว่า ระดับความเสี่ยงทางการเงินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 โดยคะแนน Risk Scoring เพิ่มขึ้นจาก 0 ในปี 2565 เป็น 1 ในปี 2566 และคงที่ที่ 1 ในปี 2567 ขณะที่ Grade Plus ลดลงจาก A- (ปี 2565) เป็น A (ปี 2566) และ B- (ปี 2567) สะท้อนถึงเสถียรภาพ ทางการเงินที่เริ่มถดถอยและประสิทธิภาพการบริหาร จัดการรายรับ-รายจ่ายที่ลดลง

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว ได้แก่ ข้อจำกัดด้านงบประมาณและการลดลงของ รายได้หลังสถานการณ์ COVID-19 ร่วมกับต้นทุนคงที่ ที่ยังคงอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะค่าเวชภัณฑ์ ยา และ ค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ศักยภาพในการทำกำไร และเพิ่มความเปราะบาง ทางการเงินของโรงพยาบาล

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นกรอบแนวทางวางแผนการเงิน การคลังของโรงพยาบาล โดยผลการวิจัยสามารถเป็น องค์ความรู้ใหม่ในการวิเคราะห์และประเมินสถานะ ทางการเงิน เพื่อกำหนดแนวทางควบคุมรายจ่ายและ จัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับศักยภาพรายได้

2. เป็นแนวทางพัฒนาประสิทธิภาพการ บริหารการเงินเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงระบบบริหาร กระแสเงินสด การจัดการหนี้สิน และการใช้ทรัพยากร ให้เกิดความคุ้มค่า รวมถึงการวางแผนลงทุนและลด ความเสี่ยงทางการเงินระยะยาว

3. เป็นต้นแบบการวิเคราะห์เชิงนโยบายใน หน่วยบริการชุมชน โดยประยุกต์เป็นกรณีศึกษาเพื่อ พัฒนาเครื่องมือวิเคราะห์สถานะทางการเงินของหน่วย

บริการขนาดเล็ก และสนับสนุนการจัดทำนโยบายด้านการคลังสาธารณสุขทั้งในระดับพื้นที่และระดับเขต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังโป่ง และ คณะผู้บริหารโรงพยาบาลวังโป่ง ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลและให้การสนับสนุนอย่างดียิ่ง ตลอดระยะเวลาการทำวิจัยเรื่อง “ประสิทธิภาพการจัดการระดับความเสี่ยงทางการเงินในโรงพยาบาลวังโป่ง” จนสำเร็จ จุลล่งตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณ นางสาวนริศรา นีรคุปต์ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในการพัฒนางานวิจัยฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ เพื่อนร่วมงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ ความช่วยเหลือ และสนับสนุนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญในการดำเนินงานวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- เกษมภาพร โชติรัตน์, & อนุตรา ยิ้มสุข. (2565). การประยุกต์ใช้เกณฑ์ 7 Plus Efficiency Score ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางการเงิน. *วารสารวิชาการบัญชีและการจัดการ*, 17(2), 89–105.
- ชาลี เอี่ยมมา. (2563). *การจัดการความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐวุฒิ พัวพงศกร. (2563). *การบริหารงบประมาณและการควบคุมทางการเงินภาครัฐ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วุฒิชัย รัตนวงษ์. (2564). การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดทางการเงินเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโรงพยาบาลภาครัฐ. *วารสารเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข*, 13(1), 45–60.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). *คู่มือการประเมินสถานะการเงินของหน่วยบริการสาธารณสุข และเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพการจัดการทางการเงิน (Risk Scoring และ Grade Plus)*. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. <https://planfin.moph.go.th>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). *คู่มือการบันทึกบัญชีภาคสุขภาพ*. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. <https://hfo.moph.go.th>
- Berman, H., Weeks, S., & Kukla, R. (2009). *Financial management for health care organizations: An international perspective*. Jossey-Bass.
- Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2017). *Enterprise risk management: Integrating with strategy and performance*. <https://www.coso.org/Documents/2017-COSO-ERM-Integrating-with-Strategy-and-Performance.pdf>

“

การสาธารณสุขมูลฐาน
เป็นรากฐานสุขภาพที่ยั่งยืน

”



(ช่องทางการเผยแพร่)

0 5622 2375 

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 

ศูนย์ สสม ภาคเหนือ 