



วารสารวิชาการพยาบาล และสาธารณสุข

ACADEMIC JOURNAL OF NURSING AND PUBLIC HEALTH



มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)





ปีที่ 2 ฉบับที่ 1
เดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ.2569

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยเป็นสื่อกลางระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ อาจารย์ นักศึกษา และผู้สนใจทุกท่าน เพื่อก่อให้เกิดคุณประโยชน์ในการศึกษาเรียนรู้ การดูแลสุขภาพ การสร้างสรรค์นวัตกรรม การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การพัฒนาบริบทงาน และการเผยแพร่ผลงานวิชาการของบุคลากร

ขอบเขตการรับตีพิมพ์

การรับตีพิมพ์บทความภาษาไทยทั้งบทความวิจัย บทความวิชาการ และบทความรายงานผู้ป่วย ตามขอบเขตทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การตรวจสอบทางวิชาการ

บทความผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวน 3 ท่านต่อบทความที่มีความเชี่ยวชาญตามสาขานั้น ๆ แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-Blind Review)

กำหนดการพิมพ์และเผยแพร่

การพิมพ์เผยแพร่แบบออนไลน์ 3 ฉบับต่อปี

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

167 หมู่ 2 ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000

โทรศัพท์ 044-815111 ต่อ 5100, 5102

URL: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/A_JNP

ISSN 3088-1846 (Online)

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารไม่มีนโยบายเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ



ที่ปรึกษาวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.सानนท์ ต่านภักดี

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ประจักษ์ เทิกขุนทด

โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม

รองศาสตราจารย์ ดร.จินพิชญ์ชา สาธิมา

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.ฐานิดา ผาติเสนา

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว

วิทยาลัยนครราชสีมา

รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิปภา ภูมิรักษ์

มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร สมบูรณ์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธงชัย อามตยบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญรัตน์ ภูซังค์ชัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐปภัสน์ นวลศรีทอง

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ดร.เทคนิคการแพทย์ ณัฐปภัสน์ สันวิจิตร

โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ดร.คณานิตย์ แสงหิรัญ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้จัดการวารสาร

อาจารย์ธรณินทร์ คุณแขวน

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ฝ่ายจัดการวารสาร

ดร.อิสระพงศ์ ถนัดคำ

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

นายปัญญากร จันทรจำรัสศรี

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ

ดร.เฉลิมวุฒิ อุทัยกัน

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความประจำปี

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ.2569

รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาคิยมาส
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกาพรรณ บุญเต็ม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร สมบูรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนภรณ์ ลิขศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิมพ์ ปิ่นระสี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา ศรีเจริญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย
ดร.ทิตยาดี อินทรางกูร
ดร.นงลักษณ์ บุญเยี่ยม
ดร.สุริยา ฟองเกิด
ดร.มนัสนิ ไหวงชา
ดร.อลงกรณ์ สุขเรืองกุล
ดร.ปิ่นนัทธ์ บณขุนทด
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทธนา แยมคาย

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
มหาวิทยาลัยมหิดล นครสวรรค์
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
นักวิชาการอิสระ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก



บทบรรณาธิการ

เรียน ผู้อ่านบทความทุกท่าน

วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ.2569 ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ.2569 ได้จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งทางวารสารได้รับเกียรติจากนักวิจัยหลายสถาบันส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการที่สะท้อนถึงประเด็นทางสุขภาพที่หลากหลายและล้วนเป็นผลงานที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มงวดตามมาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่ซึ่งมีบทความวิจัย 3 บทความ ประกอบด้วย (1) การพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี (2) ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม และ (3) การพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชาในเขตพื้นที่ ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และบทความวิชาการ 2 บทความ ประกอบด้วย (1) การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบ ประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน และ (2) ผู้สูงอายุกับการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในฐานะบรรณาธิการวารสาร ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณต่อผู้สนับสนุนบทความ กองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของวารสารฉบับนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุขจะเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ทรงคุณค่าเป็นพื้นที่สร้างสรรค์ที่เปิดโอกาสให้นักวิจัยทุกท่านได้เผยแพร่องค์ความรู้สู่สังคมเพื่อความก้าวหน้าทางศาสตร์สุขภาพอย่างมีคุณภาพต่อไป

ด้วยความเคารพอย่างสูง

รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสโส
บรรณาธิการวารสาร



สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

Development of an Online Classroom Model for Village Health 1 - 16

Volunteers to Promote Health Behaviors among Type 2 Diabetes Patients in Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province
การพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอ ตระการพิเชษฐ์ จังหวัดอุบลราชธานี

Nattapon Panya

ณัฐพล ปัญญา

Wilawan Chada

วิลาวรรณ ชาดา

Effects of Nursing Practice Guideline for the Prevention of Pressure 17 - 26

Ulcers among Bedridden Patients in Subdistrict Health Promoting Hospitals, Samut Songkhram Province
ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม

Pinrut Poonlamy

ปิ่นรัตน์ พูลละม้าย

Punnathut Bonkhunthod

ปณณทัต บณขุนทด

Development of health product literacy among grocery store operators in 27 - 39

Lam Sonthi Subdistrict, Lam Sonthi District, Lopburi Province
การพัฒนาคำรรับรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตพื้นที่ ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

Sajjatum Jamjun

สัจจธรรม แจ่มจันทร์

บทความวิชาการ

Development of an Integrated Advance Care Planning Model for 40 - 51

Enhancing Palliative Care in Community-Based Patients with Chronic Kidney Disease

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน

Punnathut Bonkhunthod

ปณณทัต บณขุนทด

Early Childhood Care by Older Adults in Skipped-Generation Families: 52 - 62

The Context of Northeastern Thailand

ผู้สูงอายุกับการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Sumala Sawangjit

สุมาลา สว่างจิต

Narongkorn Chaiwong

ณรงค์กร ชัยวงศ์

Nichapat Maneepun

ณิชภัทร มณีพันธ์

Patcharee Dachthuyawat

พัชรีย์ ดัชฎยาวัตร

Orakan Namkham

อรกานต์ น้าคำ

Development of an Online Classroom Model for Village Health Volunteers to Promote Health Behaviors among Type 2 Diabetes Patients in Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province

Nattapon Panya¹, Wilawan Chada²

¹Public health technical officer, Professional level, Trakan Phuet Phon Hospital, Ubon Ratchathani Province

²Assistant Professor, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani Province

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes (T2DM) is a major public health problem that requires the involvement of village health volunteers (VHVs) to support the modification of patients' health behaviors. Online classroom learning is another way to promote the potential of VHVs today.

Objectives: To develop an online classroom model for village public health volunteers to promote the health behavior of patients with T2DM.

Methodology: This action research was conducted from January to July 2025 and comprised three phases. Phase 1 explored the context and needs of VHVs in caring for patients with T2DM. The sample consisted of 327 VHVs selected by stratified random sampling. Data were collected using a demographic questionnaire, a diabetes knowledge test, and a questionnaire on work context and needs, and were analyzed using descriptive statistics. Phase 2 involved the development of an online classroom model for VHVs to promote health behaviors among patients with T2DM. The participants included 18 stakeholders selected by purposive sampling. Data were collected through focus group discussion using a structured guideline and analyzed by content analysis. Phase 3 evaluated the online classroom model. The sample included 40 VHVs selected by purposive sampling. Research instruments consisted of the Trakarn diabetes online (TDO) classroom model, a demographic questionnaire, a diabetes knowledge test, and a perceived motivation for disease prevention questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test.

Results: The findings revealed that: (1) VHVs had a moderate level of diabetes knowledge ($M = 10.55$, $SD = 4.16$); 83.18% reported patient non-adherence to behavioral modification. Additionally, VHVs expressed a need for blood glucose monitoring devices to support home visits. (2) The developed online classroom model, TDO, was delivered through an official LINE account in combination with Canva, comprising six lessons. (3) After the intervention, VHVs demonstrated significantly higher mean scores in diabetes knowledge and overall and domain-specific perceived motivation for disease prevention compared to before the intervention ($p\text{-value} < .001$).

Conclusion: The online classroom model effectively improved diabetes knowledge and perceived motivation for disease prevention among VHVs.

Implications: The TDO online classroom should be integrated into VHV development programs, along with the development of a digital media repository to support self-directed learning and effective knowledge transfer to patients with T2DM.

Key Words: Online classroom, T2DM, VHVs

Corresponding author: Nattapon Panya **E-mail:** nattaponpanya@gmail.com

Received: 29 December 2025 **Revised:** 20 February 2026 **Accepted:** 29 April 2026

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย.) 2569

Volume 2 No. 1 (Jan - Apr) 2026

การพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ณัฐพล ปัญญา¹, วิลาวัณย์ ชาดา²

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลตระการพืชผล, จังหวัดอุบลราชธานี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การเรียนรู้ผ่านห้องเรียนออนไลน์เป็นอีกแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงกรกฎาคม 2568 มีขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 327 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามบริบทการทำงานและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนชุมชน จำนวน 18 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ 3) ระยะที่ 3 การประเมินผลห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ รูปแบบห้องเรียนออนไลน์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับปานกลาง ($M=10.55$, $SD=4.16$) มีปัญหาความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 83.18 และมีความต้องการเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังที่บ้าน 2) รูปแบบห้องเรียนออนไลน์คือห้องเรียนผ่านระบบบัญชีไลน์ทางการร่วมกับโปรแกรม Canva ภายใต้ชื่อ Trakarn diabetes online (TDO) จำนวน 6 บทเรียน และ 3) หลังการทดลองใช้รูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$)

สรุปผล: รูปแบบห้องเรียนออนไลน์นี้สามารถพัฒนาความรู้และการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ: ควรบูรณาการห้องเรียนออนไลน์ TDO ในหลักสูตรพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมพัฒนาระบบคลังสื่อต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองและการถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ห้องเรียนออนไลน์, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ณัฐพล ปัญญา อีเมล: nattaponpanya@gmail.com

วันที่รับ: 29 ธันวาคม 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ: 20 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2569

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย.) 2569

Volume 2 No. 1 (Jan - Apr) 2026

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่สำคัญระดับโลก จากรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 589 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2593 (International Diabetes Federation, 2024) สำหรับประเทศไทยสถานการณ์มีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึง 16,388 คนต่อปี และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2566) ข้อมูลในระดับพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2567 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568_n) เช่นเดียวกับพื้นที่อำเภอตระการพืชผล ที่พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นเป็น 7,449 ราย ในปี พ.ศ. 2567 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568_n) โดยมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 31.74 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568_n) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการยกระดับระบบการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือกลไกสำคัญในการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดสำคัญในการปฏิบัติงานผ่านดิจิทัลแพลตฟอร์ม โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการบันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน "สมาร์ท อสม." ในระดับต่ำเพียง ร้อยละ 32.68 (วรรณวิภา จิตตรีเที่ยง, 2567) เนื่องจากแอปพลิเคชันยังขาดเมนูเฉพาะทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง ประกอบกับข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดอบรมแบบเผชิญหน้า (Onsite) ทำให้การพัฒนาทักษะการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพขาดความต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มักเน้นการพัฒนาโปรแกรมอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบดั้งเดิม ขณะที่การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยโดยตรง จึงยังพบช่องว่างทางความรู้ในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่เป็นห้องเรียนออนไลน์สำหรับผู้ปฏิบัติงานชุมชนอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเฉพาะ นอกจากนี้การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory, PMT) ในรูปแบบห้องเรียนดิจิทัลยังมีจำกัด ทั้งที่ทฤษฎีดังกล่าวมีจุดเด่นในการกระตุ้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ควบคู่กับการรับรู้ประสิทธิผลการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Dunn & Rogers, 1986) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยบูรณาการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อเป็นนวัตกรรมดิจิทัลในการเสริมสร้างความรู้และการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินผลห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Action) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory, PMT) ของ Dunn & Rogers (1986) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประสิทธิผลการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการพัฒนารูปแบบ โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

1.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาระเบียบวิธี (Survey study)

1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2,151 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชน

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศชายและเพศหญิง ในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้รับการสุ่มเลือกและมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 327 คน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Krejcie & Morgan (1970) กำหนดจำนวนประชากรที่ศึกษาเท่ากับ 2,151 คน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 3.841 สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 รวมขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 327 คน เพื่อให้ครอบคลุมความหลากหลายของข้อมูลในประชากรขนาดใหญ่

3) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามหน่วยงานสาธารณสุข 5 แห่ง โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้นภูมิและสุ่มเลือกด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถอ่านออกเขียนได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ลาออกหรือย้ายที่อยู่ระหว่างช่วงการเก็บข้อมูล

1.3 เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเครื่องมือออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากร มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีจำนวน 15 ข้อ กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ 0 คะแนน และแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้ คะแนน 0-8 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 9-11 คะแนน (ร้อยละ 60-79) มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 12-15 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามบริบทการทำงานและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ

1.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และด้านสถิติวิจัย ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่าแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามบริบทการทำงานและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ตามลำดับ

1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง แนะนำโครงการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย โดยให้อาสาสมัครมีอิสระในการตอบคำถาม จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยระยะนี้เป็นขั้นตอนการวางแผน (Planning) ตามกระบวนการของ Kemmis & McTaggart (1988) เพื่อพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

2.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

2.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-informants) จำนวน 18 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 8 คน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 1 คน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน ในการพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2 ปี และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ อาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบได้จนเสร็จสิ้น

2.3 เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ข้อมูลจากผลการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด (Open questions) เป็นประเด็นการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน บริบทการทำงาน และความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังจากนั้นจึงเอาประเด็นคำถามไปสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อประเมินความสอดคล้องและ

เหมาะสมของประเด็นคำถามและเครื่องมือแบบบันทึกการสนทนากลุ่มครอบคลุมประเด็นหลัก 3 ด้าน คือ ด้านองค์ความรู้ที่จำเป็น ด้านคุณลักษณะของแพลตฟอร์ม และด้านการนำไปใช้ปฏิบัติงานจริง โดยใช้วิธีการจดบันทึกภาคสนามโดยผู้ช่วยวิจัย (Note taker) ร่วมกับการบันทึกเสียงและภาพถ่าย

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 18 คน ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ใช้เวลาประมาณ 60–90 นาที พร้อมบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนามโดยผู้ช่วยวิจัย (Note taker) จากนั้นถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยกระบวนการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล ผ่านการสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม ตลอดจนใช้การตรวจสอบผู้มีส่วนร่วมเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อสรุปกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยมีการบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนามโดยผู้ช่วยวิจัย (Note taker) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริงมากที่สุด

2) การตรวจสอบรูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยผู้วิจัยนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Member checking) โดยการประชุมกลุ่มในอาสาสมัครกลุ่มเดิม เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความเหมาะสมของรูปแบบ จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทจริงและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยระยะนี้เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน (Action) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) เพื่อประเมินผลห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group, pretest-posttest design)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลตระการพืชผล จำนวน 40 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิธีกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.90 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้จำนวน 36 คน และเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล (Dropout) รวมเป็น 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จนครบตามจำนวนที่กำหนด มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป สามารถใช้งานสมาร์ทโฟนได้เบื้องต้น ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมออนไลน์ได้ครบตามที่โปรแกรมกำหนด

3.3 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรูปแบบห้องเรียนผ่านระบบบัญชีไลน์ทางการ (Line official account, Line OA) ร่วมกับโปรแกรม Canva ภายใต้อีเมล Trakarn diabetes online (TDO) โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (PMT) ในบทเรียน 6 บทเรียนหลัก ประกอบด้วย บทที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผลกระทบระยะยาวจากภาวะแทรกซ้อน บทที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาล บทที่ 3 การใช้ยา บทที่ 4 การสื่อสารและการให้คำปรึกษา บทที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพ และ บทที่ 6 การติดตามผลและปรับแผนการดูแลผู้ป่วย โดยรูปแบบ TDO กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 หัวข้อ ระยะเวลาประมาณ หัวข้อละ 10-30 นาที ผ่านสื่อวิดีโอและ E-book ที่อยู่ในระบบ โดยมีการกระตุ้นการเรียนรู้ผ่าน Line OA อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้านตามบริบทงานจริง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุการทำงาน และ หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 20 ข้อ กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ผิดหรือไม่ทราบ 0 คะแนน และแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้ คะแนน 0-11 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค Dunn & Rogers (1986) จำนวน 40 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประสิทธิภาพการตอบสนอง จำนวน 12 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 12 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลโดยใช้ผลรวมของคะแนนในกายรวมและรายด้าน

3) แนวทางการประชุมการคืนข้อมูลและถอดบทเรียน ซึ่งเป็นแนวคำถามปลายเปิด (Open questions) เป็นประเด็นการประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน และแบบบันทึกการประชุมการคืนข้อมูลและถอดบทเรียน จัดบันทึกภาคสนามโดยผู้ช่วยวิจัย (Note taker) ร่วมกับการบันทึกเสียงและภาพถ่าย

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และด้านสถิติวิจัย ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขออนุมัติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงบทบาทและแนวปฏิบัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ พร้อมชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอม จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)

2) ดำเนินการทดลองโดยนำใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ (Action) ตามรูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (TDO) จำนวน 6 บทเรียนหลัก ซึ่งใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 8 สัปดาห์

3) เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) เป็นการสังเกตติดตาม (Observation) การเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคภัยโรคเบาหวานด้วยเครื่องมือเดิมเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

4) จัดประชุมการคืนข้อมูลและถอดบทเรียน (Reflection) เกี่ยวกับการดำเนินงานตามรูปแบบถึงผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนารูปแบบต่อไป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานระยะที่ 2 และการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired samples t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ (Normal distribution)

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการประชุมคืนข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัส Study Code: 61-141-1-2 เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-12.018 วันที่รับรอง 27 ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามหลักความยินยอม (Informed consent) ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานอย่างละเอียด อาสาสมัครทุกคนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับของอาสาสมัครอย่างเคร่งครัด โดยใช้วิธีการกำหนดรหัส (Coding) แทนการระบุชื่อ-นามสกุลจริงในการวิเคราะห์และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลดิจิทัลทั้งหมดถูกจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลที่ผ่านการเข้ารหัสผ่าน (Password protected) และเอกสารฉบับจริงจะถูกจัดเก็บไว้เป็นระยะเวลา 3 ปี นับจากวันที่สิ้นสุดการวิจัย เมื่อพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลด้วยวิธีการย่อยทำลายเอกสาร (Shredding) และลบข้อมูลดิจิทัลถาวร เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลและให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษาบริบทและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 327 คน มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 296 คน ร้อยละ 90.52 มีอายุเฉลี่ย 51.54 ปี (SD=11.72) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 178 คน ร้อยละ 54.43 ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก จำนวน 267 คน ร้อยละ 81.65 และมีประสบการณ์การทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉลี่ย 18.08 ปี (SD=8.78)

1.2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ 10.55 (SD=4.16) โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 178 คน ร้อยละ 54.43 รองลงมาได้แก่ ระดับสูง จำนวน 97 คน ร้อยละ 29.67 และระดับต่ำ จำนวน 52 คน ร้อยละ 15.90 ตามลำดับ

1.3 บริบทการทำงานและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ประเด็นบริบทการทำงานที่สำคัญ ได้แก่ ส่วนใหญ่ระบุว่าปัญหาที่ยากที่สุดคือความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 83.18 รองลงมาคือ ความซับซ้อนของเนื้อหาสุขภาพที่ต้องนำไปถ่ายทอด ร้อยละ 75.20 ส่วนความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีความต้องการเครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อใช้ประกอบการเยี่ยมบ้านสูงสุด ร้อยละ 80.73 และต้องการรูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัลที่ "สั้น กระชับ เข้าใจง่าย" และสามารถ "เปิดดูซ้ำได้ทุกที่" ร้อยละ 60.55 เพื่อลดข้อจำกัดเรื่องระยะทางและการะงานประจำ

2. ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์ฯ โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สรุปเป็นประเด็นสำคัญ 4 ประเด็นหลักดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเชิงลึก ได้แก่ ผลการสะท้อนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยที่ยึดติดพฤติกรรมเดิม อุปสรรคด้านการสื่อสารสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับพื้นฐานของผู้รับสาร ภาระงานของบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนมาก ส่งผลให้การติดตามดูแลทำได้ไม่ต่อเนื่อง รวมถึงการขาดตัวอย่างเชิงปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในระดับพื้นที่

2.2 การกำหนดคุณสมบัติและรูปแบบของแพลตฟอร์ม ที่ประชุมสรุปให้พัฒนารูปแบบการเรียนออนไลน์ผ่านระบบ Line OA ร่วมกับโปรแกรม Canva ภายใต้ชื่อ Trakarn diabetes online (TDO) โดยมีฟังก์ชันสำคัญคือ การใช้งานต้องไม่ซับซ้อน มีเมนูชัดเจน และรองรับมือถือทุกระบบ มีระบบกำกับดูแลเนื้อหาโดยสหวิชาชีพ มีเนื้อหาเชิงลึกด้านการใช้ยาและการจัดการภาวะน้ำตาลผิดปกติ และมีระบบที่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์คล้ายระบบ "สมาร์ท อสม." เพื่อสร้างกำลังใจให้แกกัน

2.3 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (PMT) ในบทเรียน ผู้วิจัยนำองค์ประกอบของทฤษฎี มากำหนดเป็นเนื้อหา 6 บทเรียนหลัก เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำหนดเนื้อหาบทเรียนโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

องค์ประกอบทฤษฎี	ประเด็นมุ่งเน้นในเนื้อหา	การประยุกต์ใช้ในบทเรียน
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน	บทที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเบาหวานชนิดที่ 2 หัวข้อ ปัจจัยเสี่ยงและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
การรับรู้ความรุนแรง	ผู้ป่วยต้องเชื่อว่าโรคและภาวะแทรกซ้อนนั้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อชีวิต	บทที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเบาหวานชนิดที่ 2 ผลกระทบระยะยาวจากภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

องค์ประกอบทฤษฎี	ประเด็นมุ่งเน้นในเนื้อหา	การประยุกต์ใช้ในบทเรียน
การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัว	ผู้ป่วยต้องเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้และประโยชน์ที่ได้รับต่อการเปลี่ยนแปลง	บทที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาล, บทที่ 3 การใช้ยา และ บทที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวกที่ชัดเจน บทที่ 4 การสื่อสารและการให้คำปรึกษา โดยการสอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงวิธีการให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ และให้กำลังใจ เพื่อเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยลงมือทำอย่างต่อเนื่อง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ผู้ป่วยต้องเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ	บทที่ 6 ติดตามผลและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยติดตามและให้คำชม เมื่อผู้ป่วยทำได้สำเร็จ รวมถึงให้กำลังใจเมื่อล้มเหลว เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง และการบันทึกผล การประเมินนับคาร์โบไฮเดรต เป็นต้น

2.4 รูปแบบห้องเรียนออนไลน์ TDO กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียนรู้ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 หัวข้อ หัวข้อละประมาณ 10-30 นาที ผ่านสื่อวิดีโอและ E-book ที่อยู่ในระบบออนไลน์ โดยมีการกระตุ้นการเรียนรู้ผ่าน Line OA อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้านตามบริบทงานจริง

3. ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

3.1 ผลการทดลองใช้รูปแบบห้องเรียนออนไลน์ TDO

ผู้วิจัยสามารถนำเสนอผลการดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 38 คน ร้อยละ 95.00 อายุเฉลี่ย 53.45 ปี (SD=6.42) สถานภาพสมรส จำนวน 28 คน ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 17 คน ร้อยละ 42.50 ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 20 คน ร้อยละ 50.00 ในด้านประสบการณ์การทำงานมีอายุงานการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉลี่ย 15.27 ปี (SD=9.36) โดยกลุ่มที่มีอายุงาน 21 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากที่สุด จำนวน 16 คน ร้อยละ 40.0 และส่วนใหญ่รับผิดชอบดูแลหลังคาเรือนน้อยกว่า 20 หลังคาเรือน จำนวน 35 คน ร้อยละ 87.50 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	38	95.00
ชาย	2	5.00
อายุ		
30-45 ปี	6	15.00
46-59 ปี	23	57.50
60 ปีขึ้นไป	11	27.50
(M=53.45, SD=6.42)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	6	15.00
สมรส	28	70.00
หม้าย/หย่า/แยก	6	15.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	15.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	37.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17	42.50
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	5.00
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	20	50.00
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	13	32.50
รับจ้างทั่วไป	4	10.00
แม่บ้าน ทำงานบ้าน ไม่มีอาชีพ	2	5.00
พนักงานโรงงาน/เอกชน	1	2.50
อายุงาน		
1-5 ปี	10	25.00
6-10 ปี	1	2.50
11-15 ปี	7	17.50
16-20 ปี	6	15.00
21 ปีขึ้นไป	16	40.00
(M=15.27, SD=9.36)		
หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ		
น้อยกว่า 20 หลังคาเรือน	35	87.50
20 หลังคาเรือนขึ้นไป	5	12.50

2) การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนการทดลอง เท่ากับ 13.05 (SD=2.41) หลังการทดลอง เท่ากับ 15.12 (SD=2.12) ผลการเปรียบเทียบพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$)

ผลการศึกษาการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยรวม เท่ากับ 118.28 (SD=15.01) และคะแนนเฉลี่ยรายด้านมีดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 12.92 (SD=1.94) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ 26.38 (SD=3.52) ด้านการรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 36.84 (SD=3.84) และด้านความเชื่อมั่นในตนเอง เท่ากับ 42.20 (SD=5.70) ส่วนหลังการทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมและรายด้านสูงขึ้น ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยรวม เท่ากับ 146.58 (SD=13.28) คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 19.64 (SD=2.41) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค เท่ากับ 33.39 (SD=3.50) ด้านการรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 45.40 (SD=4.05) และด้านความเชื่อมั่นในตนเอง เท่ากับ 48.15 (SD=3.32) ผลการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยรวมและรายด้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคก่อนและหลังการใช้รูปแบบห้องเรียนออนไลน์ (n=40)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	13.05	2.41	15.12	2.12	10.83	<.001
การรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	118.28	15.01	146.58	13.28	15.35	<.001
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง	12.92	1.94	19.64	2.41	15.24	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	26.38	3.52	33.39	3.50	15.20	<.001
การรับรู้ถึงประโยชน์	36.84	3.84	45.40	4.05	15.38	<.001
ความเชื่อมั่นในตนเอง	42.20	5.70	48.15	3.32	9.65	<.001

3.2 ผลการคืนข้อมูลและถอดบทเรียน

ผลการคืนข้อมูลและถอดบทเรียนผ่านกิจกรรมการติดตามสังเกตพฤติกรรม และการจัดเวทีคืนข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและข้อจำกัดของรูปแบบห้องเรียนออนไลน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงและใช้งานระบบ "TDO" ได้ครบถ้วน ร้อยละ 100 ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีความรวดเร็ว การเข้าถึงที่ง่าย และเนื้อหาวิดีโอที่สั้นกระชับ ซึ่งสามารถช่วยลดเวลาเรียนและเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ได้ทุกที่ตามบริบทการทำงานจริง จากการติดตามสังเกตและสะท้อนผลร่วมกันพบข้อจำกัดเชิงเทคนิคเกี่ยวกับความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ตในบางพื้นที่และมีมือถือของผู้ใช้งาน และปัญหาคุณภาพเสียงในบางหัวข้อซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขในทันทีเพื่อรักษามาตรฐานการเรียนรู้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนวทางการพัฒนาต่อยอดเพื่อยกระดับความเชื่อมั่นโดยการใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์บรรยายโดยตรง แทนการใช้เสียงบรรยายจากระบบ AI รวมถึงการเพิ่มเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น เมนูนับคาร์โบไฮเดรตออนไลน์ และสื่อ E-book สำหรับนำไปสื่อสารต่อกับผู้ป่วยเบาหวาน ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสะท้อนผลเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนาของระบบและการขยายผลต่อไป

อภิปรายผล

ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. การศึกษาบริบทและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 178 คน ร้อยละ 54.43 (M=10.55, SD=4.16) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงประถมศึกษา (ร้อยละ 54.43) และมีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง (51.54 ปี) ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงและทำความเข้าใจองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อน เช่น เนื้อหาเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา การช้ำยา และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานนอกจากนี้ แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีประสบการณ์การทำงานในชุมชนยาวนาน (M=18.08 ปี) แต่ลักษณะการเรียนรู้ที่ผ่านมาอาจไม่ต่อเนื่องและขาดการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบส่งผลให้ความรู้คงอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสวย คำอู และคณะ (2567) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิภักดีสัญญาณไฟจราจร ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง (M=4.18, SD=1.12)

บริบทการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ปัญหาที่ยากที่สุดคือความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 83.18 อาจเนื่องมาจากลักษณะของโรคเบาหวาน

ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะยาว เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มักขัดแย้งกับวิถีชีวิตเดิมของผู้ป่วยซึ่งมักยึดติดพฤติกรรมเดิมและไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทำให้ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ศิริจันทร์ (2564) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและมีพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับปานกลาง

และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความต้องการเครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อใช้ประกอบการเยี่ยมบ้านสูงที่สุด ร้อยละ 80.73 อาจเนื่องมาจากการมีเครื่องมือดังกล่าวช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้แบบทันที (Real-time) และนำไปสู่การให้คำแนะนำที่มีความเฉพาะเจาะจงและน่าเชื่อถือมากขึ้นซึ่งจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยต่อคำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในชุมชนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ หัสโรค์ และคณะ (2568) ที่ศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้กลุ่มผู้ป่วยในชุมชนมีความพึงพอใจและมีความต้องการการให้บริการเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ กันตมณ เชื้อฮ้อ และปรีดิษฐ์ อารยะจารุ (2564) ที่ศึกษาบทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติในการส่งเสริมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลโดยใช้หลัก 4M ที่สรุปว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรได้รับการสนับสนุนความรู้และอุปกรณ์ในการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการเองได้

2. เพื่อพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีลักษณะเป็นรูปแบบห้องเรียนผ่านระบบบัญชีไลน์ทางการ (Line OA) ร่วมกับโปรแกรม Canva ภายใต้ชื่อ Trakarn diabetes online (TDO) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยรูปแบบ TDO กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ผ่านสื่อวิดีโอและ E-book ที่อยู่ในระบบโดยมีการกระตุ้นการเรียนรู้ผ่าน Line OA อย่างสม่ำเสมอ จากการพัฒนารูปแบบห้องเรียนออนไลน์ฯ ดังกล่าวคาดว่าจะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีรูปแบบการเรียนรู้แบบยืดหยุ่น (Flexible learning) และสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed learning) ได้ทำให้สามารถทบทวนเนื้อหาได้ตามความต้องการและบริบทการทำงานจริงได้มากขึ้นส่งผลให้ความรู้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและคงระดับได้ดีและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการออกแบบเนื้อหาส่งผลให้การรับรู้และแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถถ่ายทอดความรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา เพ็ชรเกษ และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 พบว่า มีการจัดโปรแกรมแบบออนไลน์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line) ร่วมกับให้สามารถดาวน์โหลดเก็บเนื้อหาไว้ศึกษาแบบ

ออฟไลน์ได้อย่างเป็นอิสระ และสามารถศึกษาได้ในทุกหัวข้อโดยไม่จำกัดเวลาและจำนวนครั้งเช่นเดียวกันกับรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ที่พัฒนาขึ้น

3. เพื่อประเมินผลห้องเรียนออนไลน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ และด้านความเชื่อมั่นในตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบห้องเรียนออนไลน์ TDO ที่พัฒนาขึ้นมีการใช้สื่อวิดีโอและ E-book ที่มีลักษณะสั้น กระชับ และสามารถเข้าถึงเข้าใจได้ทุกที่ทุกเวลา ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้แบบต่อเนื่องและทบทวนซ้ำ (repetition) ได้ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการจดจำและความเข้าใจ นอกจากนี้ การกำหนดระยะเวลาเรียนรู้ 8 สัปดาห์ ยังเอื้อต่อการเรียนรู้แบบค่อยเป็นค่อยไป (Gradual learning) มากกว่าการอบรมแบบครั้งเดียวทำให้เกิดความรู้สะสมได้เรื่อย ๆ และการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหลังการทดลองในทุกด้านอธิบายได้ว่าการออกแบบเนื้อหาที่ยึดตามกรอบทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (PMT) ได้นำเสนอกรณีศึกษาและผลกระทบของโรคที่เห็นภาพชัดเจนทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการตระหนักรู้ (Awareness) และเห็นความสำคัญของปัญหาอย่างชัดเจน นอกจากนี้เนื้อหาบทเรียนได้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ของการควบคุมโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นด้วยเนื้อหาที่เน้นการปฏิบัติจริง เช่น การให้คำปรึกษา การติดตามผู้ป่วย จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความรู้สึกสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา เพ็ชรรักษ์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19 พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 เชิงนโยบาย ควรบูรณาการห้องเรียนออนไลน์ TDO เข้ากับหลักสูตรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำปี เพื่อเป็นเครื่องมือเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยต้องระบุให้ชัดเจนว่าเครื่องมือนี้เสริมการทำงาน ไม่ใช่การทดแทนการดูแลโดยบุคลากรวิชาชีพ เพื่อความถูกต้องตามหลักจริยธรรม

1.2 เชิงปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่พบจากการวิจัย ควรพัฒนาระบบให้รองรับการใช้งานแบบออฟไลน์ (Offline mode) และจัดทำคลังสื่อ (คลิปสั้น/อินโฟกราฟิก) ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถดาวน์โหลดเพื่อส่งต่อความรู้ให้ผู้ป่วยได้ทันที

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อต่อยอดองค์ความรู้จากข้อจำกัดที่พบในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอแนวทางดังนี้

2.1 การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องเวลา ในวงรอบถัดไปจึงควรขยายระยะเวลาดูตามผลเพื่อประเมินผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 การขยายผลในบริบทที่หลากหลาย เพื่อให้ผลงานวิจัยครอบคลุมยิ่งขึ้นควรมีการศึกษาในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางสังคมและระบบดิจิทัล รวมถึงปรับใช้แพลตฟอร์มกับการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ (NCDs) เพื่อพัฒนาสู่นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กันตณณ เชื้ออ้อ และปาริฉัตร อารยะจารุ. (2564). บทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติในการส่งเสริมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลโดยใช้หลัก 4M. *วารสารแพทยนาวิ*, 48(2), 447-457.
- กรรณิกา เพ็ชรักษ์, ศรีอุบล อินทร์แป้น, สาคร สอนดี, วรณชาติ ตาเลิศ, ชัชฎาพร จันทรสข และศศิกาญจน์ พลจำรัสพัชญ์. (2566). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 20(1), 195-202.
- จิรวรรณ หัสโรค์, ไชยสุตา วิบูลย์พันธุ์ และณัฐธิดา วงศาโรจน์. (2568). ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี*, 3(1), 43-52.
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2566). 14 พฤศจิกายน วันเบาหวานโลก (World Diabetes Day). สืบค้นจาก <https://www.cmu.ac.th/th/article/1516e9d1-9cb9-40fa-ba98-9285046ddfe6>
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568ก). อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/eeeab22e386d32e7f5f5ecefefebce0001?subcatalogId=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b>
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568ข). อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd>
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568ค). ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535>
- วรรณวิภา จิตตรีเที่ยง. (2567). รายงานสรุปผลการใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ในการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอดงระการพิชผล. อุดรธานี: โรงพยาบาลดงระการพิชผล.
- ศิริรัตน์ ศิริจันทร์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 6(2), 1-13.
- สมสวย คำอู, จรูญศรี มีหนองหว้า, เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์ และ อรุณศรี ผลเพิ่ม. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ระบบติดตามพิภดสัญญาณไฟจราจร ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยชะยุ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 480-490.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of educational objectives, Handbook 1: Cognitive Domain*. Longman.
- International Diabetes Federation. (2024). *Diabetes around the world-2024*. https://international-diabetes-federation.s3.eu-west-1.amazonaws.com/media/uploads/sites/3/2025/04/IDF_Atlas_11th_Edition_2025_Global-Factsheet.pdf

- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner Victoria*. Australia: Deakin University.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health education research*, 1(3), 153-161.

Effects of Nursing Practice Guideline for the Prevention of Pressure Ulcers among Bedridden Patients in Subdistrict Health Promoting Hospitals, Samut Songkhram Province

Pinrut Poonlamy¹, Punnathut Bonkhunthod²

¹Registered Nurse, Professional level, Thai Hat Subdistrict Health Promoting Hospital, Samut Songkhram Province

²Lecturer, Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Province

Abstract

Introduction: Pressure ulcers are a significant problem among bedridden patients, adversely affecting their quality of life. The development of evidence-based nursing practice guidelines is essential to enhance the effectiveness of prevention and patient care at the primary care level.

Objectives: To examine the effects of a nursing practice guideline on reducing the risk of pressure ulcer development among bedridden patients.

Methodology: This study employed a quasi-experimental design using a one-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 21 bedridden patients at risk of developing pressure ulcers, selected through purposive sampling. Research instruments included a nursing practice guideline for pressure ulcer prevention and the Braden scale for predicting pressure ulcer risk. Data were collected over a three-month period and analyzed using descriptive statistics and McNemar's test.

Results: After implementing the nursing practice guideline, the number of patients at risk of developing pressure ulcers significantly decreased ($p\text{-value} < .05$).

Conclusion: The developed nursing practice guideline was effective in reducing the risk of pressure ulcer development among bedridden patients in primary care settings.

Implications: The guideline should be continuously implemented in the study area and expanded to other primary care networks with similar contexts. Additionally, practical training programs should be provided for primary caregivers to ensure sustainable prevention of pressure ulcers in home settings.

Key Words: Bedridden patients, Nursing practice guideline, Pressure ulcer

Corresponding author: Punnathut Bonkhunthod **E-mail:** punnathut.b@nrru.ac.th

Received: 27 December 2025 **Revised:** 8 April 2026 **Accepted:** 27 April 2026

ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม

ปิ่นรัตน์ พูลละม้าย¹, ปณณทัต บณขุนทด²

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด, จังหวัดสมุทรสงคราม

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

บทนำ: แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยนอนติดเตียงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์จึงมีความจำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติต่อการลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยนอนติดเตียงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 21 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ และแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง เก็บข้อมูลระยะเวลา 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ McNemar's test

ผลการวิจัย: ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สรุปผล: แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียงในหน่วยบริการปฐมภูมิได้

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ และขยายผลไปยังเครือข่ายสุขภาพพระตำบลดงขี้เหล็กที่มีบริบทใกล้เคียงกัน รวมถึงควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ดูแลหลักเพื่อความยั่งยืนในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่บ้าน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยนอนติดเตียง, แนวปฏิบัติการพยาบาล, แผลกดทับ

บทนำ

แผลกดทับ (Pressure ulcers) เป็นความเสียหายเฉพาะที่ของผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อันเกิดจากแรงกดหรือแรงเสียดทานเป็นเวลานาน ส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือด และออกซิเจนจนเกิดการตายของเซลล์ (National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], 2025) ปัญหานี้พบได้ทั่วโลก โดยมีรายงานผู้ป่วยประมาณ 1.7 ล้านรายในปี พ.ศ. 2564 และบางประเทศมีอัตราความชุกสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก (ลันธียา ศรีเทศ และคณะ, 2568) สำหรับประเทศไทย มีรายงานการเกิดแผลกดทับในชุมชนและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2564 เป็น ร้อยละ 29 ในปี พ.ศ. 2566 (พัชรภรณ์ ปินตา และ กษิพัฒน์ เชียงแรง, 2568) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย และทรัพยากรของระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนภาระการดูแลของครอบครัว (Berlowitz & Brienza, 2007)

ในปัจจุบัน มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice, EBP) เพื่อป้องกันแผลกดทับอย่างเป็นระบบ เช่น แนวทางของ NPIAP (2023) ซึ่งครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การลดแรงกดทับ การดูแลผิวหนัง และการจัดการโภชนาการ อย่างไรก็ตาม การนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในทางปฏิบัติยังคงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีทรัพยากรจำกัด และมีบริบทการดูแลที่แตกต่าง (Gunningberg & Ehrenberg, 2004) อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ขณะที่ยังขาดการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนช่องว่างขององค์ความรู้ (Gap of knowledge) ในการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับปฐมภูมิ (Melnyk et al., 2014)

สำหรับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่ามีผู้ป่วยนอนติดเตียงในความดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังพบปัญหาความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว แม้ว่าหน่วยบริการจะมีการดำเนินงานป้องกันผ่านกระบวนการหลัก ได้แก่ การประเมิน การป้องกัน การทำแผล การดูแลต่อเนื่อง การเก็บข้อมูล และการดูแลผิวหนัง แต่ยังคงขาดการสังเคราะห์ และบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการตัดสินใจทางคลินิก ส่งผลให้การดูแลยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยอาศัยกรอบแนวคิด Iowa model of evidence-based practice (Titler et al., 2001) เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ และสามารถนำไปใช้ในการป้องกันแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนในชุมชน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์แผลกดทับ และพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (อรพินท์ อุดมศรี และคณะ, 2566) รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาที่พัฒนาแนวปฏิบัติเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในบริบทของประเทศไทย ซึ่งมีลักษณะการให้บริการที่แตกต่าง ทั้งด้านทรัพยากร บุคลากร และการดูแลแบบชุมชนเป็นฐาน (ศิริกัญญา อูสาพิริยกุล และคณะ, 2567) ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทปฐมภูมิจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันแผลกดทับและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีมาตรฐาน เพื่อให้ได้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและข้อจำกัดในชุมชน อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกัน ลดอัตราการเกิดแผลกดทับ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอนติดเตียงในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

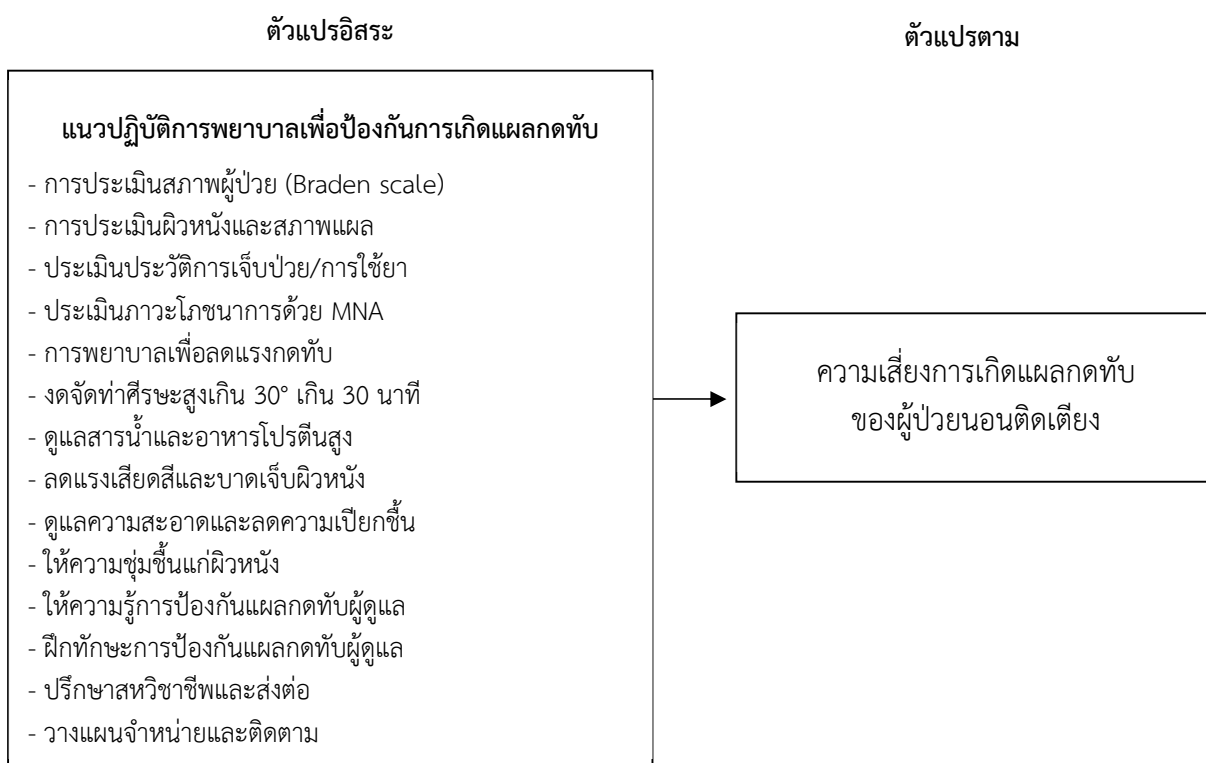
เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อการลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียง

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียง ลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งประยุกต์ใช้ Iowa model of evidence-based practice (Titler et al., 2001) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจะทำให้สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนติดเตียงได้ โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียง แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group, pretest-posttest design) ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่นอนพักฟื้นหรือผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวบนเตียงเป็นเวลานานหรือเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bedridden patients) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 21 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่นอนพักฟื้นหรือผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวบนเตียงเป็นเวลานานหรือเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bedridden patients) คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผู้ป่วยนอนติดเตียงที่มีคุณสมบัติตามกำหนด โดยกำหนดขนาดตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยนอนติดเตียงกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาดในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 21 ราย จึงใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (Total population sampling) โดยเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวบนเตียงเป็นเวลานานหรือเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bedridden patients) ไม่มีแผลกดทับก่อนเริ่มการดูแล และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีคะแนน Braden scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอยู่ในภาวะวิกฤตหรือคุกคามต่อชีวิต และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเกิดขึ้นก่อนเริ่มการดูแล

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับพัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิด Iowa model of evidence-based practice (Titler et al., 2001) และอ้างอิงแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานสากลและในประเทศ (NPIAP, 2023; ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2560) ประกอบด้วย 14 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย (Braden scale) 2) การประเมินผิวหนังและสภาพแผล 3) ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา 4) ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA 5) การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 6) จัดท่าศีรษะสูงเกิน 30° เกิน 30 นาที 7) ดูแลสารน้ำและอาหารโปรตีนสูง 8) ลดแรงเสียดสีและบาดเจ็บผิวหนัง 9) ดูแลความสะอาดและลดความเปียกชื้น 10) ให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 11) ให้ความรู้การป้องกันแผลกดทับผู้ป่วย 12) ฝึกทักษะการป้องกันแผลกดทับผู้ป่วย 13) ปรึกษาศึกษาวิจัยและส่งต่อ และ 14) วางแผนจำหน่ายและติดตาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ภาวะโภชนาการ (MNA) ประวัติแผลกดทับ โรคที่เสี่ยงต่อแผลกดทับ การใช้ยาที่ส่งผลต่อระบบประสาทหรือหลอดเลือด ความดันโลหิต ผู้ดูแลหลักที่บ้าน และ จำนวนผู้ดูแลที่บ้าน แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2.2 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง (Braden scale) (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2560) ใช้ประเมินความเสี่ยง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกสัมผัส ความเปียกชื้น กิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ และแรงเสียดทาน/แรงเฉือน โดยมีช่วงคะแนน 6 – 23 คะแนน แบ่งระดับความเสี่ยง ดังนี้ คะแนน 19 – 23 ไม่มีความเสี่ยง (No risk) คะแนน 15 – 18 มีความเสี่ยง (At risk) คะแนน 13 – 14 มีความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) คะแนน 10 – 12 มีความเสี่ยงสูง (High risk) และคะแนน ≤ 9 มีความเสี่ยงสูงมาก (Very high risk)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน และ 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลและการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยผู้วิจัยปรับปรุง

เครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ส่วนแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง (Braden scale) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ตามแนวทางของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (2560) ในการศึกษาได้ทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างนำร่องเดียวกัน พบว่ามีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82 สะท้อนถึงความเชื่อมั่นในระดับยอมรับได้ และเหมาะสมสำหรับการประเมินความเสี่ยงในบริบท การศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สมุทรสงคราม เลขที่รับรอง 17/2568 วันที่ 27 สิงหาคม 2568 โดยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ได้แก่ 1) หลัก ผลประโยชน์ เน้นความปลอดภัยและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และลดความเสี่ยง ก่อนดำเนินการกิจกรรม 2) หลักเคารพในความเป็นบุคคล ให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ พร้อมจัดทำเอกสารยินยอมโดยสมัครใจ และ 3) หลักความยุติธรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นธรรม รักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล และใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลา 3 เดือน โดยประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยขออนุมัติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด และสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ โดยการชี้แจงแนวปฏิบัติ ขั้นตอนการดูแล และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ทำกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และประสานความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อขอติดต่อพบกลุ่มตัวอย่างในการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย รายละเอียดกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สิทธิในการถอนตัว และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงการเกิด แผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง (Braden scale) ก่อนจะนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมการวิจัย ต่อไป

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ดำเนินการกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยกิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การประเมิน สภาพผู้ป่วย (Braden scale) 2) การประเมินผิวหนังและสภาพแผล 3) ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา 4) ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA 5) การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ 6) จัดท่าศีรษะสูงเกิน 30° เกิน 30 นาที 7) ดูแลสารน้ำและอาหารโปรตีนสูง 8) ลดแรงเสียดสีและบาดเจ็บผิวหนัง 9) ดูแลความสะอาดและ ลดความเปียกชื้น 10) ให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง 11) ให้ความรู้การป้องกันแผลกดทับผู้ดูแล 12) ฝึกทักษะการ ป้องกันแผลกดทับผู้ดูแล 13) ปรีกษาสหวิชาชีพและส่งต่อ และ 14) วางแผนจำหน่ายและติดตาม โดยผู้วิจัย ทำหน้าที่ติดตามและกำกับกำกับการดำเนินงาน ซึ่งใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 เดือน

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการศึกษา 3 เดือน ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ที่กำหนด ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบประเมินเดิม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ประเมินผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และ ร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (ไม่มีความเสี่ยงและมีความเสี่ยง) ก่อนและหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ McNemar's test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.19 และเพศหญิง ร้อยละ 23.81 มีภาวะขาดสารอาหาร (MNA < 17 คะแนน) ร้อยละ 100.00 ไม่มีประวัติการเกิดแผลกดทับมาก่อน ร้อยละ 100.00 ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาที่ส่งผลต่อระบบประสาทหรือหลอดเลือด ร้อยละ 57.14 มีความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 100.00 นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 57.19 และมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ร้อยละ 90.48 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=21)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	76.19
หญิง	5	23.81
ภาวะโภชนาการ (MNA)		
ขาดสารอาหาร (MNA < 17 คะแนน)	21	100.00
ประวัติแผลกดทับ		
ไม่มี	21	100.00
โรคเสี่ยงต่อแผลกดทับ		
มี	9	42.86
ไม่มี	12	57.14
ยาที่ส่งผลต่อระบบประสาทหรือหลอดเลือด		
มี	9	42.86
ไม่มี	12	57.14
ความดันโลหิต		
ปกติ	21	100.00
ผู้ดูแลหลักที่บ้าน		
คู่สมรส	5	23.81
บุตรหลาน	12	57.14
ญาติพี่น้อง	4	19.05
จำนวนผู้ดูแลหลัก		
1 คน	19	90.48
2 คนขึ้นไป	2	9.52

2. การเปรียบเทียบความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับจำนวน 19 คน (ร้อยละ 90.48) ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 57.14) ซึ่งมีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยสถิติเชิงอนุमान McNemar's test ($n=21$)

ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ	ก่อน		หลัง		ค่าสถิติ	p-value
	การใช้แนวปฏิบัติ		การใช้แนวปฏิบัติ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ไม่มีความเสี่ยง	2	9.52	9	42.86	4.00	.046*
มีความเสี่ยง	19	90.48	12	57.14		

* $p\text{-value} < .05$

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย โดยกล่าวว่าภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียงลดลง ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 57.14) น้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียงซึ่งสามารถอธิบายได้ภายใต้กรอบแนวคิดการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) โดยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นบูรณาการองค์ประกอบสำคัญของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ได้จัดกระทำให้กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบด้วย Braden scale (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2560) การจัดท่าลดแรงกดทับ การดูแลผิวหนัง การลดแรงเสียดสี และการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลและมีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับได้ การดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องส่งผลให้การไหลเวียนเลือดบริเวณปุ่มกระดูกดีขึ้น ลดภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และลดโอกาสการเกิดแผลกดทับซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรพินท์ อุดมศรี และคณินิจ จันทรส (2566) ที่พบว่าการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางป้องกันแผลกดทับสามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการศึกษาของ รุจาภา เจริญธนโปทัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์ (2561) ที่รายงานว่าการปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีการกำหนดขั้นตอนชัดเจนช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาของ มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร (2562) ยังชี้ให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนักสามารถลดระดับความรุนแรงและความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การพลิกตะแคงตัว การดูแลผิวหนัง และการจัดการสิ่งแวดล้อม ทำให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องที่บ้าน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ของการดูแล และส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องระหว่างสถานบริการและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่น และมีส่วนช่วยให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างยั่งยืน (ศิริกัญญา อูสาหพิริยกุล และคณะ, 2567)

โดยสรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง โดยอาศัยการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อยและการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งอาจก่อให้เกิด Selection bias และจำกัดการอ้างอิงผลไปยังประชากรอื่น นอกจากนี้ ระยะเวลาการศึกษา 3 เดือนอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินอุบัติการณ์แผลกดทับในระยะยาว รวมถึงลักษณะการศึกษานำร่องที่มุ่งประเมินความเป็นไปได้ในบริบทเฉพาะอาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษา ดังนั้นควรตีความผลลัพธ์ด้วยความระมัดระวังและควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและติดตามผลในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรขยายการใช้แนวปฏิบัติไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาคู่มือและแบบฟอร์มที่มีขั้นตอนชัดเจนและมีภาพประกอบ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ พร้อมทั้งจัดอบรมและฝึกทักษะแก่พยาบาลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแล โดยเฉพาะการประเมิน Braden scale และการดูแลผิวหนัง นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบบันทึกและติดตามผลอย่างเป็นระบบ เช่น การพลิกตัว การประเมินผิวหนัง และภาวะโภชนาการ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในระยะยาว

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในวงกว้าง ควรผลักดันให้แนวปฏิบัติได้รับการยอมรับในระดับเขตหรือจังหวัด หากมีการศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ และได้ผลสอดคล้อง ควรเสนอให้นำคู่มือเดียวกันไปใช้ทั่วจังหวัดเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียง นอกจากนี้ ควรสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์ลดแรงกดทับให้เพียงพอ เช่น หมอนรองปุ่มกระดูก เบาะลดแรงกดทับ และแผ่น Pat slide เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาต่อไปควรเน้นการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในระยะยาวซึ่งควรทำการวิจัยติดตามผลในช่วง 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลต่อการลดอัตราการเกิดแผลกดทับอย่างยั่งยืน รวมถึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นและหลากหลายบริบท เช่น เขตเมือง เขตชนบท หรือพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. (2560). แบบประเมินของบราเดน ฉบับแปลภาษาไทย (*The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk*). https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/news_files/51_72_2.pdf
- พัชรภรณ์ ปินตา และกษิพัฒน์ เชียงแรง. (2568). ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลแผลกดทับในชุมชนสำหรับผู้ป่วยติดเตียง โดยคลินิกหมอบรรพสุชา อำเภอลำปาง จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 10(1), 611–618.

- มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(4), 80-89.
- รจนาภา เจียมธโนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์. (2561). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ. *วารสารพยาบาล*, 67(4), 53-61.
- ลันธียา ศรีเทศ, ชลิดา เกิดภิรมย์ และอวยพร กรังรัมย์. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤพดินทร์. *วารสารการพยาบาล*, 27(1), 1-15.
- ศิริกัญญา อูสาพิริยกุล, ดวงชีวัน เงินอาจ และทัศนีย์ น้อยเทศ. (2567). ผลของโปรแกรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการพยาบาลในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 11(1), 1-16.
- อรพินท์ อุดมศรี และคณินิจ จันทรส (2566). ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติพยาบาลตามแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 14(1), 136-150.
- Berlowitz, D. R., & Brienza, D. M. (2007). Are all pressure ulcers the result of deep tissue injury? A review of the literature. *Ostomy/wound management*, 53(10), 34-38.
- Gunningberg, L., & Ehrenberg, A. (2004). Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 31(6), 328-335.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15.
- National Pressure Injury Advisory Panel. (2023). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Methodology Protocol for the Clinical Practice Guideline (fourth edition)*. <https://static1.squarespace.com/static/6479484083027f25a6246fcb/t/679febd7e68b5d3b751beea2/1738533862914/Methodology-Protocol-Guideline-4thed-endorsed-vNov-2023.pdf>
- National Pressure Injury Advisory Panel. (2025). *Pressure Ulcers/Injuries: Definition and Etiology*. <https://www.internationalguideline.com/etiology>
- Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., ... & Goode, C. J. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical care nursing clinics of North America*, 13(4), 497-509.

Development of health product literacy among grocery store operators in Lam Sonthi Subdistrict, Lam Sonthi District, Lopburi Province

Sajjatum Jamjun¹

¹Public health technical officer, Professional level, Lam Sonthi District Public Health Office, Lopburi Province

Abstract

Introduction: Grocery stores are important community sources of health products, and improving health product literacy among operators is essential to prevent unsafe product sales and strengthen consumer protection.

Objectives: This study aimed to develop a health product literacy promotion model for grocery store operators in Lam Sonthi Subdistrict, Lam Sonthi District, Lopburi Province, Thailand.

Methodology: This action research study was conducted in three phases. In phase 1, problems related to health product sales among 30 grocery stores were assessed using an inspection checklist and descriptive statistics. In phase 2, a health product literacy promotion model was developed through brainstorming sessions with the 30 grocery store operators, utilizing content analysis for data interpretation. Finally, in phase 3, the effectiveness of the model was evaluated among 30 operators using questionnaires, descriptive statistics, and a paired-sample t-test.

Results: The findings revealed that: 1) some grocery store operators continued to sell hazardous medicines (53.33%) and food products with incomplete labeling (60.00%); 2) the developed health product literacy promotion model comprised five major activities, including educational training, public communication media, surveillance monitoring by village health volunteers, the use of an information surveillance system, and knowledge - sharing forums; and 3) following implementation of the model, the overall mean score of health product literacy among grocery store operators significantly increased (p-value < .05).

Conclusion: The developed health product literacy promotion model effectively improved health product literacy and promoted appropriate health product selling behaviors among grocery store operators.

Implications: The model should be expanded to other areas, and continuous promotion of health product literacy should be encouraged through collaboration among community networks to strengthen sustainable consumer protection systems.

Key Words: Grocery store operators, Health literacy, Health products

Corresponding author: Sajjatum Jamjun E-mail: nongmaew15@gmail.com

Received: 16 February 2026 Revised: 27 March 2026 Accepted: 30 April 2026

การพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตพื้นที่ ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

สัจจธรรม แจ่มจันทร์¹

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำสนธิ, จังหวัดลพบุรี

บทคัดย่อ

บทนำ: ร้านค้าเป็นแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำคัญในชุมชนแต่ยังพบปัญหาการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้บริโภค การพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านค้า จำนวน 30 ร้าน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบบันทึกการตรวจร้านค้า เก็บข้อมูลใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ประกอบการร้านค้า จำนวน 30 คน เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแนวคำถามปลายเปิด เก็บข้อมูลด้วยการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ 3) ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านค้า จำนวน 30 คน เครื่องมือทดลอง คือ รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ผู้ประกอบการร้านค้าบางส่วนยังมีการจำหน่ายยาอันตราย ร้อยละ 53.33 และอาหารที่มีฉลากไม่ครบถ้วน ร้อยละ 60 2) รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ การติดตามเฝ้าระวังโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การใช้ระบบสารสนเทศเฝ้าระวัง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 3) ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สรุปผล: รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าได้

ข้อเสนอแนะ: ควรขยายผลไปยังพื้นที่อื่นและส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายชุมชนเพื่อเสริมสร้างระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ประกอบการร้านค้า, ความรู้ด้านสุขภาพ, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

บทนำ

ร้านชำ (Grocery store) เป็นสถานประกอบการค้าปลีกสินค้าจำเป็นในชีวิตประจำวันในสังคมชนบทไทย และยังเป็นแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากมีบทบาทในการกระจายสินค้าสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับผู้บริโภคในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพและร้านค้าใหญ่ ๆ ได้ยาก ร้านชำไม่เพียงแต่แนะนำผลิตภัณฑ์อุปโภคบริโภคทั่วไป แต่ยังเป็นจุดสำคัญในการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้บริโภคในชุมชน อย่างไรก็ตาม ปัญหาการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าร้านชำจำนวนมากที่มีการจำหน่ายยาที่ไม่ได้มาตรฐานหรือยา ที่ห้ามจำหน่ายโดยไม่มีใบอนุญาต ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงต่อผู้บริโภค เช่น การใช้ยาไม่ถูกต้อง การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการดื้อยา ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2565) การขาดความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ เป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดปัญหาดังกล่าว ซึ่งทำให้การควบคุมและการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนมีความเสี่ยงสูงขึ้น (กิตติภัทร อบอุ่น, 2566)

สำหรับประเทศไทย ปัญหาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากร้านชำเป็นแหล่งจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน แต่ผู้ประกอบการมักขาดความรู้และทักษะในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม การพัฒนาความรู้ของผู้ประกอบการจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 กำหนดให้ร้านขายของชำที่ไม่ได้รับใบอนุญาตสามารถจำหน่ายได้เฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า ร้อยละ 47.9 มีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม โดยในจำนวนนี้เป็นยาที่ไม่เหมาะสมซึ่งไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านและไม่ใช่ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 82.4 เป็นยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 62.3 ยาชุด ร้อยละ 9.4 และยาที่ผสมสารสเตียรอยด์ ร้อยละ 3.8 (อัปสร บุญยัง และรุ่งทิพา หมื่นปา, 2562) นอกจากนี้การศึกษาในจังหวัดเพชรบูรณ์ยังพบว่า ร้านชำ ร้อยละ 73.7 จำหน่ายยาไม่ปลอดภัย โดยพบยาในกลุ่มแก้ปวด ร้อยละ 65.9 รองลงมา คือ ยารักษาโรคทางเดินอาหาร ร้อยละ 53.9 และยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 51.4 ตามลำดับ (พยอม เพชรบุรณิน และสุรศักดิ์ เส่าแก้ว, 2562) การใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนและลดความเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ประกอบการร้านขายของชำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมความปลอดภัยและสุขภาพของประชาชนในระดับประเทศ

ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี เป็นชุมชนที่มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นและพึ่งพากันในระดับเครือญาติ การสร้างความรู้และทักษะในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค ซึ่งจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย จากการศึกษาข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 พบว่ามีร้านขายของชำในอำเภอลำสนธิทั้งหมด 270 ร้าน แต่มีเพียง 10 ร้านที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้านชำคุณภาพ ในตำบลลำสนธิ มีร้านขายของชำ 25 ร้าน แต่มีเพียง 3 ร้านที่ผ่านเกณฑ์ข้อมูลดังกล่าวยังสะท้อนถึงปัญหาด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังพบว่าร้านขายของชำจำนวนมากที่มีสถานที่ไม่เหมาะสมในการจัดเก็บสินค้า อีกทั้งยังมีร้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์ด้านการขายอาหารถึง 25 ร้าน และไม่ผ่านการประเมิน ด้านการขายยา 12 ร้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการ เพื่อให้พวกเขาสามารถคัดเลือกและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพการพัฒนาความรู้ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านชำจะไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้บริโภค แต่ยังเป็นการสร้างระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพในระดับชุมชน ส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในตำบลลำสนธิในอนาคต

ดังนั้น การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นกลไกสำคัญในการลดความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและส่งเสริมให้เกิดการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ร้านขายของชำในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการคัดเลือกและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งให้กับผู้ประกอบการร้านชำมีความรอบรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจะทำให้ช่วยลดการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยลงได้ (นพมาศ จันทรล่อ และคณะ, 2568) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับผู้ประกอบการร้านชำที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่หรือรูปแบบที่มีอยู่ยังไม่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้ปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ เสริมสร้างความรอบรู้และทักษะให้กับผู้ประกอบการร้านชำสามารถเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพมาจำหน่ายในร้านของตนได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ยังสามารถนำรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับผู้ประกอบการร้านชำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นในอำเภอลำสนธิต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Coghlan & Brannick (2001) 4 ขั้นตอน คือ 1) การวินิจฉัย (Diagnosing) 2) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) 3) การลงมือปฏิบัติการ (Taking action) และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติการ (Evaluating action) โดยบูรณาการแนวคิดจากคู่มือการใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) (ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) มคอ.บ.-สสส., 2567) และคู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กรมควบคุมโรค สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564) เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับผู้ประกอบการร้านชำ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การโต้ตอบแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสื่อสารบอกต่อผ่านกลไกการดำเนินงานหลัก ได้แก่ การเพิ่มช่องทางเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ การเสริมสร้างองค์ความรู้ผ่านการอบรม และการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งคาดว่าจะช่วยยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้ประกอบการสามารถตัดสินใจคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องตามกฎหมายและมีคุณภาพมาจำหน่าย ตลอดจนมีทักษะในการให้คำแนะนำและสื่อสารข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องแก่คนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

การวิจัยในระยะที่ 1 เป็นขั้นตอนการวินิจฉัย (Diagnosing) ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Coghlan & Brannick (2001) มีรายละเอียดดังนี้

1.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาระเบียบ (Survey study)

1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากร คือ ผู้ประกอบการร้านชำในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
- 2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านชำในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ที่ดำเนินกิจการอยู่ ณ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ในพื้นที่ตำบลลำสนธิทั้งหมด เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน มีจำนวนทั้งสิ้น 30 ร้าน
- 3) เกณฑ์การคัดเลือก มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ประกอบการร้านชำหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าของร้านชำให้บริหารจัดการร้าน ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในตำบลลำสนธิทั้งหมด มีการเปิดบริการจำหน่ายสินค้าอย่างต่อเนื่อง สามารถอ่านออก เขียนได้ เป็นผู้ไม่มีปัญหาทางด้านสายตาและการได้ยินเสียง และ สม่ัใจและยินยอมให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ อาสาสมัครเปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างทำกิจกรรม และไม่มาเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 1 ครั้ง

1.3 เครื่องมือการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยใช้แบบบันทึกการตรวจร้านชำ ซึ่งเป็นเครื่องมือของ ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คคส.) มวคบ.-สสส. (2567) เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยแบ่งออกเป็น 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ด้านสัญลักษณ์และกฎหมาย จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การจัดวางผลิตภัณฑ์ โบราณวัตถุ จำหน่ายผลิตภัณฑ์ และการมีผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายหรือไม่เหมาะสม ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบใช่ หรือ ไม่ใช่

ตอนที่ 2 ด้านการจำหน่ายยา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประเภทของการจำหน่ายยา การจำหน่ายยาชุด การจำหน่ายยาเสื่อมคุณภาพ การจำหน่ายยาไม่มีเลขทะเบียน และการจำหน่ายยาที่ถูกเพิกถอนทะเบียน ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบใช่ หรือ ไม่ใช่

ตอนที่ 3 ด้านการจำหน่ายอาหาร จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การจำหน่ายอาหารที่มีฉลาก และการจำหน่ายอาหารที่เสื่อมคุณภาพ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบใช่ หรือ ไม่ใช่

ตอนที่ 4 ด้านการจำหน่ายเครื่องสำอาง จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การจำหน่ายเครื่องสำอางที่มีฉลากสมบูรณ์ และการจำหน่ายเครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบใช่ หรือ ไม่ใช่

ตอนที่ 5 ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีฉลากสมบูรณ์ และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่เสื่อมคุณภาพ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบใช่ หรือ ไม่ใช่

ตอนที่ 6 ด้านข้อมูลการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การโฆษณาที่ถูกต้องตามกฎหมาย และการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องตามกฎหมาย ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบใช่ หรือ ไม่ใช่

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างในเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง แนะนำโครงการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกการตรวจร้านชำใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย โดยให้อาสาสมัครมีอิสระในการตอบคำถาม จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

การวิจัยในระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ (Planning) ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Coghlan & Brannick (2001) โดยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี มีรายละเอียดดังนี้

2.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-informant) คัดเลือกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder) รวมจำนวน 30 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ (1) เป็นผู้ประกอบการร้านค้าหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าของร้านค้าให้บริหารจัดการร้าน ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในตำบลลำสนธิทั้งหมด (2) มีการเปิดบริการจำหน่ายสินค้าอย่างต่อเนื่อง (3) สามารถอ่านออก เขียนได้ เป็นผู้ไม่มีปัญหาทางด้านสายตาและการได้ยินเสียง และ (4) สัมผัสใจและยินยอมให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย

2.3 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แนวคำถามในการประชุมระดมสมอง (Brainstorming) ที่กำหนดขึ้นดังนี้ สถานการณ์และปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า สถานการณ์และการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าที่คาดหวัง และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ โดยมีอุปกรณ์บันทึกเสียง อุปกรณ์เครื่องเขียน กระดาษฟลิปชาร์ต (Flip chart) และสมุดจดบันทึกในการประชุมระดมสมอง

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยการประชุมระดมสมอง ใช้ข้อมูลจากการวิจัยในระยะที่ 1 ประกอบการประชุมเพื่อระดมความคิด (Brainstorming) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholder) ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยมีขั้นตอนการสำรวจปัญหา (Exploring the problem) ขั้นตอนการสร้างความคิด (Generating Ideas) ร่วมกันนำเสนอข้อมูลแนวคิดต่าง ๆ และจัดกลุ่มแนวคิด (Idea grouping) จากนั้นจึงนำข้อสรุปมาดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการนำข้อมูลกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแหล่งข้อมูลเดิม เพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา (Member checking) จำนวน 10 คน จากนั้นนำรูปแบบไปประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนถัดไป

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

3. ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

การวิจัยในระยะที่ 3 เป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติการ (Taking action) และขั้นการประเมินผลการปฏิบัติการ (Evaluating action) ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Coghlan & Brannick (2001) โดยการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี มีรายละเอียดดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group, pretest-posttest design)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านชำในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ที่ดำเนินกิจการอยู่ ณ เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2568 ในพื้นที่ตำบลลำสนธิทั้งหมด เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและมีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน มีจำนวนทั้งสิ้น 30 ร้าน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ประกอบการร้านชำหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าของร้านชำให้บริหารจัดการร้าน ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในตำบลลำสนธิทั้งหมด มีการเปิดบริการจำหน่ายสินค้าอย่างต่อเนื่อง สามารถอ่านออก เขียนได้ เป็นผู้ไม่มีปัญหาทางด้านสายตาและการได้ยินเสียง และ สม่ัใจและยินยอมให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ อาสาสมัครเปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างทำกิจกรรม และไม่มาเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 1 ครั้ง

3.3 เครื่องมือการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ (1) อบรมให้ความรู้การเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพมาจำหน่ายในร้านชำ (2) การใช้สื่อโปสเตอร์ ประชาสัมพันธ์ (3) การติดตามเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (4) การใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) กับร้านชำ และ (5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) มวคบ.-สสส. (2567) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน จำนวน 23 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 3 ข้อ ด้านความเข้าใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน จำนวน 2 ข้อ ด้านการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ และ ด้านการบอกต่อ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามเชิงบวก ให้ค่าระดับคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ให้ค่าระดับคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1997) ดังนี้ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และ น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขออนุมัติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำสนธิ และเภสัชกรที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยชี้แจงบทบาทและแนวปฏิบัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ พร้อมชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอม จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โดยใช้แบบบันทึกการตรวจร้านชำ ผ่านโปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568

2) ดำเนินการทดลองโดยนำใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ ดังนี้ อบรมให้ความรู้ การเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพมาจำหน่ายในร้านชำ การใช้สื่อโปสเตอร์ ประชาสัมพันธ์ การติดตามเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) กับร้านชำ และ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน ในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568

3) เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการลงเก็บข้อมูลความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ โดยใช้แบบบันทึกการตรวจร้านชำผ่านโปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) ในส่วนของความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569

3.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean, M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD)

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$) ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution)

4. การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เลขที่รับรองรหัสโครงการวิจัย LBEC 010/2568 ลงวันที่ 22 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด กลุ่มประชากรที่ศึกษาได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมทั้งกิจกรรมที่จะต้องเข้าร่วม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วม โดยผู้เข้าร่วมให้ความยินยอมโดยสมัครใจ และสามารถถอนจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ตำบลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี นำเสนอตามวัตถุประสงค์และระยะการวิจัย ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี มีรายละเอียด ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ด้านสุขลักษณะและกฎหมาย ร้านชำร้อยละ 50.00 มีการจัดวางผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม สะอาด และพื้นแสงแดด โดยร้านชำทุกแห่ง (ร้อยละ 100) มีใบอนุญาตจำหน่ายถูกต้อง และไม่พบการจำหน่ายยาที่ไม่มีเลขทะเบียนหรือยาที่ถูกเพิกถอนทะเบียนตำรับยา

ด้านการจำหน่ายยา พบว่าร้านชำร้อยละ 60 จำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้าน อย่างไรก็ตามยังพบการจำหน่ายยาอันตราย เช่น ยาในกลุ่ม NSAIDs ยาแก้ปวดเมื่อย และยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 53.33 ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้บริโภค ไม่มีการขายยาเสื่อมคุณภาพ ไม่มีการขายยาที่ไม่มีเลขทะเบียนตำรับยา หรือทะเบียนตำรับยาถูกยกเลิก ไม่มีการขายยาที่ถูกเพิกถอนทะเบียนตำรับยา

ด้านการจำหน่ายอาหาร ผู้ประกอบการร้านชำมีการจำหน่ายอาหารที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนดให้ต้องมีฉลากครบถ้วนสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 40 ขณะที่ร้อยละ 60 จำหน่ายอาหารที่มีฉลากไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ พบว่ามีการจำหน่ายอาหารเสื่อมคุณภาพ (เช่น อาหารที่พื้นวันควรบริโภคก่อน วันหมดอายุ หรือมีสภาพเปลี่ยนไป) คิดเป็นร้อยละ 30 และร้อยละ 70 ไม่มีการจำหน่ายอาหารเสื่อมคุณภาพ

ด้านการจำหน่ายเครื่องสำอาง ผู้ประกอบการร้านชำส่วนใหญ่จำหน่ายเครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทยและข้อมูลฉลากครบถ้วนสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 96.67 และมีเพียงร้อยละ 3.33 ที่ฉลากไม่ครบถ้วน การจำหน่ายเครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย พบว่ามีเพียงร้อยละ 3.33 ที่มีการจำหน่าย ขณะที่ร้อยละ 96.67 ไม่มีการจำหน่าย

ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร พบว่า ผู้ประกอบการร้านชำร้อยละ 36.67 มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จำหน่ายทั้งหมดมีฉลากภาษาไทยครบถ้วน และจัดอยู่ในประเภท “ผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างง่าย” ตามที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ ไม่พบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรเสื่อมคุณภาพในร้านชำทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

ด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ร้านชำทุกร้านไม่พบการโฆษณา หรือหากพบการโฆษณา เป็นการโฆษณาที่ถูกต้องตามกฎหมายและเผยแพร่ภายในร้านหรือบริเวณหน้าร้านอย่างเหมาะสม คิดเป็น ร้อยละ 100 นอกจากนี้ ไม่พบการโฆษณาอาหาร เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผิดกฎหมาย หรือหากพบการโฆษณา เป็นการโฆษณาที่ถูกต้องตามกฎหมายทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

ผลการวิจัยพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ โดยการประชุมระดมความคิดเห็น ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน สรุปรูปแบบการจัดกิจกรรมได้ 5 กิจกรรม ดังนี้

1. การอบรมเสริมสร้างความรู้ผู้ประกอบการร้านชำ จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านชำ เกี่ยวกับการเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพมาจำหน่ายในร้าน ตามคู่มือการตรวจสอบเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้นของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (พ.ศ. 2559) โดยได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ประกอบการร้านชำหรือผู้แทน จำนวน 30 ร้าน รูปแบบการอบรมใช้การบรรยายประกอบตัวอย่าง และการแลกเปลี่ยนซักถาม เนื้อหาครอบคลุมด้านสุขภาพอาหาร การเลือกซื้อและจำหน่ายยา เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้มาตรฐาน วิธีการเช็คเลขที่ผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค

2. การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ได้ดำเนินการใช้สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมสร้างการจดจำและความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการร้านชำเกี่ยวกับหลักการเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องตามกฎหมาย ควบคู่กับการใช้เป็นสื่อให้ความรู้แก่ผู้บริโภคที่มาใช้บริการภายในร้านโดยมีการแจกสื่อประชาสัมพันธ์ ได้แก่ โปสเตอร์เกี่ยวกับเครื่องสำอางอันตราย และแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับลูกขี้ผึ้งและหมุยยอที่ไม่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ประกอบการนำไปติดตั้งหรือวางเผยแพร่ภายในร้านชำในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจน

3. การติดตามและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่ติดตามเฝ้าระวังการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ โดยทำหน้าที่เป็น “ด่านหน้า” ของชุมชนในการสอดส่อง คัดกรอง และแจ้งเตือนภัยเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น ยาชุด เครื่องสำอาง และอาหารเสริมที่มีสารอันตราย ได้แก่ สเตียรอยด์ สารปรอท และตะกั่ว ทั้งนี้ใช้องค์ความรู้จากการอบรมร่วมกับเครื่องมือตรวจสอบเบื้องต้น พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน กรณีที่พบผลิตภัณฑ์ที่เข้าข่ายไม่ปลอดภัยหรือผิดกฎหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะดำเนินการรายงานและส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

4. การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวัง โดยใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP) ซึ่งพัฒนาโดยศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม เพื่อบันทึกและจัดเก็บข้อมูลร้านชำในพื้นที่ศึกษา

5. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน โดยเชิญผู้ประกอบการร้านชำและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวทางการดำเนินงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำสนธิ

3. ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยรวมหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูล ($p\text{-value}<.05$) ด้านความเข้าใจ ($p\text{-value}<.05$) ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ($p\text{-value}<.05$) ด้านการตัดสินใจ ($p\text{-value}<.05$) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($p\text{-value}<.001$) และด้านการบอกต่อ ($p\text{-value}<.05$) หลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ($n = 30$)

ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล	
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	3.17	1.2	ปานกลาง	3.59	0.85	ปานกลาง	2.61*
ด้านความเข้าใจ	3.97	1.28	มาก	4.36	0.60	มาก	2.14*
ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน	3.48	1.59	ปานกลาง	4.17	0.51	มาก	2.48*
ด้านการตัดสินใจ	3.50	0.81	ปานกลาง	4.15	0.53	มาก	3.45*
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1.79	0.99	น้อย	3.18	0.73	ปานกลาง	5.15**
ด้านการบอกต่อ	2.22	1.12	น้อย	3.37	0.56	ปานกลาง	3.62*
โดยรวม	3.06	1.14	ปานกลาง	3.83	0.63	มาก	4.40*

* $p\text{-value}<.05$, ** $p\text{-value}<.001$

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

สถานการณ์และปัญหาการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบการร้านค้าในตำบลลำสนธิมีการปฏิบัติตามกฎหมายด้านสุขลักษณะและใบอนุญาตจำหน่ายอย่างดี โดยร้อยละ 50 มีการจัดวางผลิตภัณฑ์ที่สะอาดและเหมาะสม ในขณะที่ร้อยละ 100 มีใบอนุญาตถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ยังพบการจำหน่ายยาอันตราย เช่น ยาในกลุ่ม NSAIDs และยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 53.33 ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้บริโภคในการจำหน่ายอาหาร พบว่าเพียงร้อยละ 40 ของร้านชำมีฉลากครบถ้วน ขณะที่ร้อยละ 60 จำหน่ายอาหารที่ไม่มีฉลากหรือเสื่อมคุณภาพ ส่งผลให้ต้องมีการปรับปรุงเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ผู้ประกอบการส่วนใหญ่จำหน่ายเครื่องสำอางที่มีฉลากครบถ้วนถึงร้อยละ 96.67 และไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรเสื่อมคุณภาพ ซึ่งบ่งชี้ถึงความรับผิดชอบในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ต้องการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำไม่มีการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย สะท้อนถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและความรับผิดชอบต่อผู้บริโภคอาจเป็นผลจากการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เน้นว่าความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีได้ แต่ต้องเชื่อมโยงกับทักษะการตัดสินใจและการปฏิบัติจริง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฬารัตน์ โพธิ์ศรี (2567) ที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้ที่เหมาะสมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพและความปลอดภัยของผู้บริโภคในชุมชน รวมถึงงานวิจัยของบุบผา รักษานาม และคณะ (2568) ที่เน้นว่าความรู้ต้องเชื่อมโยงกับทักษะการตัดสินใจและการปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์

ที่ยั่งยืน ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้บริโภคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยหลายกลยุทธ์หลัก ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ และการติดตามเฝ้าระวังโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งทั้งหมดนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนในตำบลลำสนธิ เนื่องจากชุมชนมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและพึ่งพากันในระดับเครือญาติและสังคมการใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ประกอบการร้านค้าในพื้นที่เป็นจุดแข็งที่เอื้อต่อการสื่อสารและการสร้างความไว้วางใจซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการถ่ายทอดความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยเสริมสร้างสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ประกอบการ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและการยอมรับในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้นในส่วนของการใช้ระบบสารสนเทศ (G-RDU และ G-SHP) พบว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรวบรวม วิเคราะห์ และติดตามข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถระบุปัญหาและวางแผนแก้ไขได้อย่างตรงจุดและทันเวลา ซึ่งสนับสนุนการตัดสินใจบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพของผู้ใช้งานระบบสารสนเทศ โดยเฉพาะทักษะด้านเทคโนโลยีของอาสาสมัครซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลการดำเนินงานในลักษณะนี้จึงยังต้องอาศัยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างบทบาทของผู้ประกอบการร้านค้าและอาสาสมัครสาธารณสุขในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้การดำเนินงานไม่จำกัดอยู่เฉพาะภาครัฐ แต่ขยายไปสู่กลไกชุมชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (V-shape) โดยนายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ที่ชี้ให้เห็นว่า บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและยังสามารถบอกต่อได้ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมทักษะดังกล่าวผ่านการอบรม การใช้สื่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน ทำให้ผู้ประกอบการร้านค้าสามารถเลือกและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติภัทร อบอุ่น (2566) ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จและความยั่งยืนของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาและเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้ประกอบการร้านค้า เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้บริโภคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Walters et al. (2020) ศึกษาการประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งกล่าวสรุปการวิจัยว่า กิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพและส่งผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

3. การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตพื้นที่ตำบลลำสนธิ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ผลการศึกษาพบว่า หลังกิจกรรมทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ประกอบการร้านค้าเพิ่มสูงขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะ

ในด้านการเข้าถึงข้อมูล การแลกเปลี่ยนซักถามและการตัดสินใจ ซึ่งคะแนนในด้านเหล่านี้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการอบรม การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ และการสนับสนุนจากเครือข่ายในชุมชนมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นสำหรับการคัดเลือกและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อข้อมูลยังอยู่ในระดับปานกลางแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการบอกต่อต้องอาศัยระยะเวลาสร้างความต่อเนื่องและการสนับสนุนจากกลไกในชุมชนขับเคลื่อนด้วย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในการกระตุ้น ติดตาม และเสริมแรงให้ผู้ประกอบการร้านชำได้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมและบอกต่อการเลือกและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ผู้บริโภคอย่างถูกต้องและปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะการตัดสินใจ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อูสาห์ วงศ์สุกรรม (2568) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในผู้ประกอบการร้านชำ จังหวัดสิงห์บุรี ที่ผลการวิจัยกล่าวว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 3.92 เป็น 4.56 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.005$) โดยรวมแล้วผลการประเมินนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาและสนับสนุนความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้ประกอบการร้านชำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิผลและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรพัฒนาความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำอย่างต่อเนื่องและขยายการส่งเสริมไปยังพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างระบบคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนให้เข้มแข็ง

1.2 ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการเกี่ยวกับการคัดเลือกผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อเพิ่มทางเลือกที่ปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค

1.3 สร้างเครือข่ายและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ประกอบการ อาสาสมัครสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือและสนับสนุนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ทำการศึกษาแบบติดตามผล (Longitudinal study) เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังพื้นที่อื่น

2.2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่ายังอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 ศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มเพื่อสำรวจมุมมองและอุปสรรคของผู้ประกอบการในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2564). *คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)*. <https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/209064>

- กิตติภัทร อบอ่อน. (2566). รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(2), 539-545.
- จุฬารักษ์ โพธิ์ศรี. (2567). ผลการสร้างความรู้รอบรู้และการพัฒนาร้านชำในชุมชนสู่การเป็นร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุสมผล (G-RDU): กรณีศึกษาตำบลบ้านแดง อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 18(2), 45-58.
- นพมาศ จันทร์ละออ, วรรณ ศิริวิริยานุภาพ, รุ่งทิพา หมิ่นปา, พงศกร จินกล้า, อาทิตย์ จิรพงศธรกุล, ชวณ วารีนุมา และชิตชนก เรือนก้อน. (2568). การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 17(3), 626-640.
- บุบผา รักษานาม ธนารัตน์ หมัดเขียว สุพมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์ พิมาน อีระรัตนสุนทร และภาณุพงศ์ สัยยังกุล. (2568). ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 17(1), 274-282.
- พยอม เพชรบุรณิน และสุรศักดิ์ เส่าแก้ว. (2562). ความชุกของยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ: กรณีศึกษาอำเภอหล่มเก่า เขาค้อ และน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(2), 422-430.
- ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) มวคบ.-สสส. (2567). *คู่มือการใช้โปรแกรมระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU & G-SHP)*. <https://www.thaihealthconsumer.org/wp-content/uploads/2024/09/คู่มือ-G-RDU-และ-G-SHP.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2559). *คู่มือการตรวจสอบเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้น*. https://db.oryor.com/databank/data/printing/printing/590824_อยHealthBook_คู่มือการตรวจสอบเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเบื้องต้น_1037.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2565). *รายงานประจำปี 2565 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา*. <https://www.fda.moph.go.th/media.php?id=532481519973965824& name=FDA%20Annual%20Report%202565.pdf>
- อุสาคี วงศ์สุกรรม. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยในผู้ประกอบการร้านชำ จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ*, 5(2), 181-198.
- อัปสร บุญยั้ง และรุ่งทิพา หมิ่นปา. (2562). ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(1), 105-118.
- Best, J. W. (1997). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Coghlan, D. & Brannick, T. (2001). *Doing Action Research in Your Own Organization*. London : Sage.
- Walters, R., Leslie, S. J., Polson, R., Cusack, T., & Gorely, T. (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. *BMC public health*, 20(1), 1040. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08991-0>

Development of an Integrated Advance Care Planning Model for Enhancing Palliative Care in Community-Based Patients with Chronic Kidney Disease

Punnathut Bonkhunthod¹

¹Lecturer, Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Province

Abstract

Introduction: End-stage chronic kidney disease (CKD) patients face complex physical, psychosocial, and spiritual needs. However, community-based health systems often lack a systematic integration of Advance Care Planning (ACP) and palliative care, resulting in end-of-life care that may not align with patients' values and preferences.

Objectives: To present knowledge regarding the development of an integrated advance care planning model to promote palliative care among patients with chronic kidney disease at the community level.

Key contents: The development of the integrated advance care planning model for promoting palliative care among patients with chronic kidney disease in community settings consisted of four major phases: situation analysis, model design, implementation, and model refinement. The model comprised six core components: (1) leadership, (2) empowerment, (3) service flow, (4) information systems, (5) community engagement, and (6) tools. The outcomes of implementing the model demonstrated positive impacts on patients, families, healthcare providers and communities, as well as the overall healthcare service system.

Conclusion: The integrated advance care planning model to promote palliative care among patients with chronic kidney disease at the community level provides a patient-centered and system-oriented approach that emphasizes community engagement. The model contributes to improving quality of life, reducing family burden, and enhancing the efficiency of healthcare service delivery.

Implications: This model should be promoted for implementation across primary healthcare settings nationwide. Furthermore, long-term outcome evaluations are recommended to generate policy-relevant evidence for the sustainable development of community-based palliative care systems for patients with chronic kidney disease.

Key Words: Advance care planning, Chronic kidney disease, Community-based care, Palliative care

Corresponding author: Punnathut Bonkhunthod E-mail: punnathut.b@nrru.ac.th

Received: 27 December 2025 Revised: 2 February 2026 Accepted: 30 April 2026

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย.) 2569

Volume 2 No. 1 (Jan - Apr) 2026

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริม การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน

ปณณัท บณขุนทด¹

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายเผชิญกับความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนยังขาดการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลในระยะท้ายไม่สอดคล้องกับคุณค่าและความเจตจำนงของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน

สาระสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การออกแบบรูปแบบ การทดลองใช้ และการปรับปรุงรูปแบบ โดยมีองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ คือ 1) การมีภาวะผู้นำ 2) การเสริมศักยภาพ 3) กระบวนการดูแล 4) ระบบข้อมูลและสารสนเทศ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน และ 6) เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามรูปแบบส่งผลต่อผู้ป่วย ครอบครัว ต่อบุคลากรสุขภาพและชุมชน และต่อระบบบริการสุขภาพ

สรุป: รูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน เป็นแนวทางการดูแลเชิงระบบที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดภาระของครอบครัว และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรผลักดันการนำรูปแบบนี้ไปปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ พร้อมทั้งประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง, การดูแลในชุมชน, การดูแลแบบประคับประคอง

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable chronic diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรค (Ong-Ajyooth et al., 2009) สถานการณ์ในประเทศไทยสะท้อนการเกิดโรคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบความชุกของโรคไตเรื้อรังในประชากรผู้ใหญ่ร้อยละ 17.5 และสูงถึงร้อยละ 22.2 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสัมพันธ์กับโครงสร้างประชากรสูงอายุและภาระโรค NCDs ที่เพิ่มขึ้น (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 1.5 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3 จำนวน 649,159 คน ระยะที่ 4 จำนวน 179,401 คน และระยะสุดท้าย 115,290 คน ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและใช้ทรัพยากรสุขภาพในระดับสูง (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

การดำเนินโรคไตเรื้อรังมีลักษณะการเสื่อมถอยอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการตัดสินใจที่ซับซ้อนเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตและการเคารพคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Davison, 2011) อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการประคับประคองในระดับปฐมภูมิและชุมชนยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านศักยภาพบุคลากร ระบบสนับสนุน และการบูรณาการการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง (World Health Organization [WHO], 2018) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP) จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง โดยเป็นกระบวนการสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับค่านิยมของผู้ป่วย (Sudore et al., 2017) หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า ACP ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการดูแล ลดการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกันอย่างมีคุณภาพ (Rietjens et al., 2017)

ในประเทศไทย แม้จะมีการกำหนดมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อสนับสนุนสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565) แต่การนำ ACP ไปปฏิบัติในระดับบริการปฐมภูมิและชุมชนยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านทักษะการสื่อสารของบุคลากร ความเข้าใจของประชาชน และการขาดรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) เข้ากับระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนจึงเป็นช่องว่างสำคัญขององค์ความรู้ และเป็นแนวทางที่จำเป็นต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน

1. แนวคิดและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งมิติทางคลินิก จริยธรรม และสังคม โดยเฉพาะแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การดูแลแบบประคับประคอง และการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในระดับชุมชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

1.1 แนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP) เป็นกระบวนการสื่อสารเชิงรุกที่มีความต่อเนื่องและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ของผู้ป่วย มิได้จำกัดเฉพาะการจัดทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) แต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพพร้อมกันสะท้อนคุณค่า ความเชื่อเป้าหมายชีวิต และความคาดหวังต่อการดูแลในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะท้าย (Sudore et al., 2017) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย (End-stage kidney disease: ESKD) ACP มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากลักษณะโรคที่ดำเนินเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนสูง และการตัดสินใจด้านการรักษามีความซับซ้อน เช่น การเลือกหรือยุติการบำบัดทดแทนไต การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลในระยะท้ายของชีวิต องค์ประกอบหลักของ ACP ประกอบด้วย การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อโรคและการพยากรณ์โรค การสนทนาเชิงลึกเพื่อค้นหาคุณค่าและเป้าหมายการดูแล การแต่งตั้งผู้ตัดสินใจแทน และการบันทึกเจตนาถาวรด้านการรักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แนวคิด ACP สอดคล้องกับหลักการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งเปิดโอกาสให้บุคคลแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2565) เน้นย้ำว่า ACP เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมการตายอย่างสงบและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

1.2 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (WHO, 2018) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การดูแลแบบประคับประคองสามารถเริ่มได้ตั้งแต่วะยะต้นของโรคและดำเนินควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นการประเมินและจัดการอาการรบกวนที่พบบ่อย เช่น อ่อนเพลีย ความปวด อาการคัน นอนไม่หลับ ภาวะซีด เหนื่อย และความรู้สึกทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และส่งเสริมการตัดสินใจด้านการรักษาที่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

1.3 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลในระดับชุมชน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายในระดับชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการทำงานเชิงบูรณาการของทีมนสหวิชาชีพ (Interprofessional collaboration) ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทชีวิต สังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นฐานสำคัญของการดูแลระยะยาวในชุมชน

ASCE Model เป็นกรอบแนวคิดเชิงระบบที่ใช้ในการออกแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้าย โดยเน้นการบูรณาการกระบวนการดูแลตั้งแต่ระยะต้นของโรคไปจนถึงระยะท้ายของชีวิต โมเดลนี้เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในบริบทของการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องการการประสานงานระหว่างหลายภาคส่วนและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด กรอบแนวคิด ASCE Model ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่

1. Advance care planning (ACP) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อสะท้อนคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วย

2. Symptom management การจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. Coordination of care การประสานการดูแลระหว่างระดับบริการ ทีมสุขภาพ และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง

4. End-of-life care การดูแลระยะท้ายของชีวิตที่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความประสงค์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกรอบที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลในการออกแบบระบบการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย (Rietjens et al., 2017)

การนำ ASCE Model มาประยุกต์ใช้ในระดับชุมชนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ได้แก่ ภาคสาธารณสุข (หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติ และทีมสหวิชาชีพ) ภาคท้องถิ่น (อบต. เทศบาล) ภาคชุมชน (ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน) เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) การจัดการอาการ และการดูแลระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นระบบ โมเดลดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพของทีมสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และเอื้อต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีความยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบททรัพยากรและวัฒนธรรมของสังคมไทย (Rietjens et al., 2017)

2. วิธิตำเนินการพัฒนารูปแบบ (Model development process)

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาแบบเป็นขั้นตอน (Systematic model development) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ (Health service model development) และการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ (System-based innovation) เพื่อให้รูปแบบที่ได้มีความสอดคล้องกับบริบทจริง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และสามารถขยายผลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน (Rycroft-Malone et al., 2016; van Gemert-Pijnen et al., 2018) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้

2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)

ขั้นตอนแรกเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อทำความเข้าใจบริบทของปัญหา ภาระโรค และช่องว่างในการดูแล (Care gaps) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยอาศัยการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ร่วมกับการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนมากยังเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เนื่องจากขาดระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความต้องการด้านการดูแลระยะท้ายอย่างชัดเจน รวมทั้งบุคลากรปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านทักษะการสื่อสารและแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ช่องว่างดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานจากต่างประเทศที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักได้รับการดูแลแบบประคับประคองล่าช้า และการสนทนา ACP มักเกิดขึ้นในระยะท้ายมากเกินไป ส่งผลให้การตัดสินใจด้านการรักษาไม่สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย (Davison, 2010) ข้อมูลจากบริบทประเทศไทยยังสะท้อนปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการดูแลระหว่างบ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลแบบองค์รวม

2.2 การออกแบบรูปแบบ (Model design)

ขั้นตอนที่สองเป็นการออกแบบรูปแบบการดูแล โดยนำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสังเคราะห์เป็นโครงสร้างการดูแลที่ชัดเจน ครอบคลุมบทบาทของผู้ให้บริการในแต่ละระดับ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนา ACP ที่เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยเน้นการสื่อสารเชิงเห็นอกเห็นใจ การตั้งคำถามเชิงคุณค่า และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 2) ระบบการส่งต่อและประสานการดูแล (Referral and coordination flow) ระหว่างบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนของบริการ การออกแบบ

รูปแบบในระยะนี้อาศัยกรอบแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care) ซึ่งเน้นการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคล และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (WHO, 2016; Kodner & Spreeuwenberg, 2002)

2.3 การทดลองใช้รูปแบบ (Pilot implementation)

ขั้นตอนที่สามเป็นการทดลองใช้รูปแบบในกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่นำร่อง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility) และความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง การดำเนินการในระยะนี้เน้นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายโดยทีมสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับการใช้เครื่องมือประเมินอาการและคุณภาพชีวิตที่มีความเรียบง่ายเหมาะสมกับการสื่อสารในระดับชุมชน และสามารถใช้เป็นสื่อกลางในการสนทนา ACP ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการนำหลักฐานไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation science) ซึ่งให้ความสำคัญกับการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง และการปรับใช้รูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ (Damschroder et al., 2009)

2.4 การปรับปรุงและสรุปรูปแบบ (Refinement and model finalization)

ขั้นตอนที่สี่เป็นขั้นตอนการปรับปรุงและสรุปรูปแบบรูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน โดยอาศัยการถอดบทเรียนจากการทดลองใช้รูปแบบจริง ผ่านการรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย ครอบครัวผู้ดูแล อาสาสมัครชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์จุดแข็ง ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยเอื้อในการดำเนินงาน และปรับปรุงรูปแบบให้มีความชัดเจนเป็นระบบ และเหมาะสมกับบริบทชุมชนที่หลากหลาย

3. องค์ประกอบของรูปแบบ (Model Components)

รูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีองค์ประกอบเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และการสนับสนุนเชิงระบบอย่างครบถ้วน เพื่อรองรับความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ดังนี้

3.1 การมีภาวะผู้นำ (Leadership) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการกำหนดทิศทาง บริหารจัดการทรัพยากร และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการและภาคชุมชน ซึ่งช่วยให้การบูรณาการ ACP และการดูแลแบบประคับประคองเกิดความต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนของบริการ โดยหลักฐานชี้ว่าระบบที่มีโครงสร้างการนำชัดเจนในระดับปฐมภูมิ และการมีภาวะผู้นำจะเอื้อต่อความสำเร็จของการดูแลระยะท้าย (Goodwin et al., 2012)

3.2 การเสริมศักยภาพ (Empowerment) การพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงคุณค่า ความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจบริบทวัฒนธรรมของทีมสุขภาพและอาสาสมัครชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพของกระบวนการ ACP โดยช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเริ่มต้นการสนทนาและส่งเสริมการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565; Lum et al., 2016)

3.3 กระบวนการดูแล (Service flow) การมีระบบคัดกรอง วางแผนการดูแลรายบุคคล และการติดตามต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลที่บ้าน ช่วยสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม ลดการเข้ารับบริการฉุกเฉินที่ไม่จำเป็น และเพิ่มความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Brumley et al., 2007)

3.4 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (Information system) การจัดเก็บและเชื่อมโยงข้อมูล ACP อย่างเป็นระบบช่วยให้ทีมสุขภาพทุกระดับเข้าถึงข้อมูลเจตนาารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึง ลดความคลาดเคลื่อนในการตัดสินใจทางคลินิก และเพิ่มความสอดคล้องของการดูแลกับความต้องการของผู้ป่วย โดยต้องคำนึงถึงความสะดวกในการใช้งานและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Baker et al., 2012)

3.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community engagement) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา ช่วยเสริมพลังการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ลดความโดดเดี่ยวของผู้ป่วย และสร้างความยอมรับต่อการดูแลแบบประคับประคองในบริบทวัฒนธรรมไทย (Kellehear, 2013)

3.6 เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน (Tools) เครื่องมือ เช่น แบบฟอร์ม ACP แบบประเมินอาการและสื่อการสนทนาที่เหมาะสมกับบริบทภาษาและวัฒนธรรม ช่วยแปลงแนวคิด ACP ไปสู่การปฏิบัติจริง และทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้การสนทนามีคุณภาพมากยิ่งขึ้น (Sudore et al., 2017)

สามารถสรุปองค์ประกอบและสาระสำคัญของรูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและสาระสำคัญของรูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน

องค์ประกอบ	สาระสำคัญ
1. การมีภาวะผู้นำ (Leadership)	หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการกำหนดนโยบาย วางแผน และบริหารจัดการทรัพยากร รวมถึงประสานความร่วมมือระหว่างบ้าน ชุมชน และโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ
2. การเสริมศักยภาพ (Empowerment)	พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพและอาสาสมัครผ่านการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารเรื่องความตาย การรับฟังเชิงลึก และการสนทนา ACP เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
3. กระบวนการดูแล (Service flow)	จัดให้มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลระยะท้าย การวางแผนการดูแลรายบุคคล และการติดตามต่อเนื่องโดยเน้นการดูแลที่บ้าน (home-based care)
4. ระบบข้อมูล (Information system)	ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศหรือแอปพลิเคชันในการบันทึกและส่งต่อข้อมูล ACP และเจตนาารมณ์ด้านการรักษา เพื่อให้ทีมสุขภาพทุกระดับเข้าถึงข้อมูลได้ตลอด 24 ชั่วโมง
5. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community engagement)	ส่งเสริมบทบาทของ อสม. ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนาในการสนับสนุนด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเสริมพลังการดูแลแบบประคับประคองในบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น
6. เครื่องมือ (Tools)	ใช้แบบฟอร์ม ACP และแบบประเมินความสุขสบายที่เรียบง่ายเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกัน

4. ผลลัพธ์ของรูปแบบ (Model outcomes)

การพัฒนาารูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน มีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ในหลายมิติ ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพโดยรวม ผลลัพธ์ของรูปแบบสามารถสรุปได้เป็น 4 ระดับหลัก ดังนี้

4.1 ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย (Patient outcomes) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของตนเองมากขึ้น ผ่านกระบวนการสนทนา ACP ที่เป็นระบบ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอาการรบกวนทางกายและความทุกข์ทางจิตใจ รวมถึงลดการได้รับการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิตในระยะท้าย หลักฐานจากงานวิจัยระบุว่า การมี ACP ที่มีคุณภาพช่วยเพิ่มความสอดคล้องระหว่างการดูแลที่ได้รับกับความต้องการของผู้ป่วย และสนับสนุนการตายอย่างสงบ (Sudore et al., 2017; Davison, 2010) กรณีศึกษาจากระบบบริการปฐมภูมิในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า การดำเนิน ACP ในลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่องและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถเปลี่ยนรูปแบบการดูแลจากเชิงรับไปสู่การดูแลเชิงรุก เพิ่มความสอดคล้องระหว่างการดูแลที่ได้รับกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล และสนับสนุนการตัดสินใจด้านการรักษาอย่างมีศักดิ์ศรี โดยบทบาทของทีมสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของกระบวนการดังกล่าว (Sudore et al., 2017; Davison, 2010)

4.2 ผลลัพธ์ต่อครอบครัว (Family outcomes) ครอบครัวมีความเข้าใจบทบาทในการตัดสินใจแทนมากขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และลดภาระทางอารมณ์เมื่อเผชิญการตัดสินใจด้านการรักษาในภาวะวิกฤต การมีส่วนร่วมในกระบวนการ ACP ช่วยลดความขัดแย้งภายในครอบครัว และลดความรู้สึกผิดหรือความไม่แน่ใจหลังการสูญเสีย (Bereavement outcomes) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มี ACP มีระดับความเครียดและความทุกข์ใจต่ำกว่า การมีการสนทนา ACP ล่วงหน้าช่วยลดภาระทางอารมณ์และความไม่แน่ใจในการตัดสินใจแทน ส่งผลเชิงบวกต่อการปรับตัวหลังการสูญเสีย และสร้างความมั่นใจว่าการดูแลเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย (Wright et al., 2008)

4.3 ผลลัพธ์ต่อบุคลากรสุขภาพและชุมชน (Provider and community outcomes) บุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิและอาสาสมัครชุมชนมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้น เกิดการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพและการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง แนวคิด Compassionate community สนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การดูแลระยะท้ายไม่เป็นการของระบบสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน อาสาสมัคร และผู้นำชุมชน สามารถเสริมพลังการดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ และลดความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญ (Kellehear, 2013)

4.4 ผลลัพธ์ต่อระบบบริการสุขภาพ (Health system outcomes) รูปแบบการบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับชุมชน มีแนวโน้มก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อระบบสุขภาพหลายด้าน โดยเฉพาะการลดการเข้ารับบริการฉุกเฉินและการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น ซึ่งนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ การจัดบริการที่มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การดูแลที่บ้าน การจัดการอาการอย่างเหมาะสม และการประสานการดูแลแบบสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ยังมีส่วนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงส่งเสริมคุณภาพของการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ในระดับระบบการบูรณาการ ACP ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองยังสะท้อนศักยภาพในการเพิ่มความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Economic value) และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของสังคมสูงวัยและการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง (Brumley et al., 2007; WHO, 2016) สำหรับบริบทประเทศไทย การดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสอดคล้องกับหลักการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งรับรองสิทธิของบุคคลในการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต และสอดคล้องกับแนวทางการขับเคลื่อนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง

ในระบบบริการสุขภาพ การบูรณาการ ACP ในระดับปฐมภูมิและระดับชุมชนจึงมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะเมื่อมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครชุมชน ควบคู่กับการออกแบบรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และโครงสร้างชุมชนของประเทศไทย

บทสรุป

การพัฒนาการดูแลที่บูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ร่วมกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชน เป็นแนวทางสำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย รูปแบบที่นำเสนอได้รับการออกแบบบนพื้นฐานการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในระดับนานาชาติและบริบทของระบบสุขภาพไทย

จุดเด่นของรูปแบบนี้คือการออกแบบให้ ACP เป็นกระบวนการเชิงระบบที่ฝังอยู่ในบริการปฐมภูมิและการดูแลในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แตกต่างจากรูปแบบทั่วไปที่มักดำเนินการ ACP เป็นกิจกรรมเฉพาะครั้งหรือจำกัดอยู่ในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รูปแบบดังกล่าวเน้นการเริ่มต้น ACP ตั้งแต่ระยะต้นของโรค การทบทวนแผนอย่างต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงการตัดสินใจของผู้ป่วยเข้ากับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำและนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรด้านทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม กระบวนการดูแลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารข้ามหน่วยบริการ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้เครื่องมือ ACP ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม

โดยภาพรวม รูปแบบการบูรณาการ ACP ที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ลดภาระของครอบครัว ลดการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่ไม่จำเป็นในระยะท้ายของชีวิต และส่งเสริมการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและชุมชนอื่น ๆ ได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อยอดในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืน ผลลัพธ์ด้านต้นทุน-ประสิทธิผล และผลกระทบเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายและระบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชนของประเทศไทยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การบูรณาการเชิงนโยบายและระบบ (Policy and system Integration) ภาครัฐและหน่วยงานส่วนท้องถิ่นควรบรรจุการดูแลแบบประคับประคองและ ACP เข้าเป็นพันธกิจหลักของระบบบริการปฐมภูมิ โดยจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Standard operating procedures: SOPs) พร้อมสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระดับโครงสร้าง

2. การพัฒนาระบบบริการเชิงรุก (Primary care service enhancement) หน่วยบริการปฐมภูมิควรยกระดับทักษะทีมสุขภาพด้านการสื่อสารเชิงลึก (Serious illness conversation) และการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายเข้าสู่ระบบ ACP ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อให้กระบวนการดูแลสอดคล้องกับคุณค่าของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. การประสานความร่วมมือสหวิชาชีพ (Interprofessional synergy) ควรกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพและภาคีชุมชน (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อสม. และผู้นำชุมชน) ให้ชัดเจน โดยเน้นการสร้างช่องทางสื่อสารที่ไร้รอยต่อระหว่างบ้านและสถานพยาบาล เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล

4. การมีส่วนร่วมบนฐานวัฒนธรรม (Community and cultural engagement) กระบวนการ ACP ควรให้ความสำคัญกับค่านิยมและความเชื่อทางวัฒนธรรมของครอบครัว โดยตั้งผู้นำทางศาสนาและเครือข่ายภาคสังคมมาร่วมสนับสนุนการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยในชุมชน

5. การใช้ระบบสารสนเทศดิจิทัล (Digital health and information system) ควรพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงเจตนาารมณล่วงหน้า (Living will/Advance directive) ระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าถึงและปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤต

6. การกำกับติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation) ควรกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้งมิติคุณภาพชีวิต (Quality of life) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความคุ้มค่าเชิงระบบ (Value-based healthcare) เพื่อนำผลลัพธ์มาพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage (Work Load). <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/47a33f6886e36962dec4bb578819ba64?subcatalogId=e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce>
- เริงฤดี ปธานวนิช. (2568) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_workmanual/healthsurvey_2025.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย. https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ประกาศ-ACP.pdf
- Baker, A., Leak, P., Ritchie, L. D., Lee, A. J., & Fielding, S. (2012). Anticipatory care planning and integration: a primary care pilot study aimed at reducing unplanned hospitalisation. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(595), e113–e120. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X625175>
- Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., McIlwane, J., Hillary, K. and Gonzalez, J. (2007), Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 993-1000. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01234.x>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), Article 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Davison S. N. (2010). End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 5(2), 195–204. <https://doi.org/10.2215/CJN.05960809>
- Davison S. N. (2011). Integrating palliative care for patients with advanced chronic kidney disease: recent advances, remaining challenges. *Journal of palliative care*, 27(1), 53–61.

- Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., Dixon, J., & Ham, C. (2012). *Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together: A report to the Department of Health and the NHS Future Forum. The King's Fund and Nuffield Trust*. https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/2ff65ea41a/integrated_care_nhs_future_forum_january_2012.pdf
- Kellehear, A. (2013). Compassionate communities: End-of-life care as everyone's responsibility. *QJM: An International Journal of Medicine*, 106(12), 1071–1075. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct200>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2, e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Lum, H. D., Jones, J., Matlock, D. D., Glasgow, R. E., Lobo, I., Levy, C. R., ... & Kutner, J. S. (2016). Advance care planning meets group medical visits: the feasibility of promoting conversations. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 125-132. <https://doi.org/10.1370/afm.1906>
- Ong-Ajyooth, L., Vareesangthip, K., Khonputsra, P., & Aekplakorn, W. (2009). Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: A national health survey. *BMC Nephrology*, 10(1), Article 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-10-35>
- Rietjens, J. A., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., ... & Korfage, I. J. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*, 18(9), e543-e551.
- Rycroft-Malone, J., Burton, C. R., Bucknall, T., Graham, I. D., Hutchinson, A. M., & Stacey, D. (2016). Collaboration and Co-Production of Knowledge in Healthcare: Opportunities and Challenges. *International journal of health policy and management*, 5(4), 221–223. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.08>
- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of pain and symptom management*, 53(5), 821–832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>
- van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C., Kelders, S. M., Kip, H., & Sanderma, R. (2018). *eHealth research, theory and development* (pp. 3-26). Oxford, New York: Routledge.
- Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., Mitchell, S. L., Jackson, V. A., Block, S. D., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*, 300(14), 1665–1673. <https://doi.org/10.1001/jama.300.14.1665>

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care>

Early Childhood Care by Older Adults in Skipped-Generation Families: The Context of Northeastern Thailand

Sumala Sawangjit¹, Narongkorn Chaiwong², Nichapat Maneepun²,
Patcharee Dachthuyawat³, Orakan Namkham³

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University, Buriram Province

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University, Buriram Province

³Student, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University, Buriram Province

Abstract

Introduction: Thailand's transition to a complete-aged society has increased the number of skipped-generation families, particularly in rural Northeastern Thailand, where older adults often become the primary caregivers of children in early childhood.

Objectives: To analyze the roles of older adults in caring for children in early childhood in skipped-generation families, their impacts on both caregivers and children, and strategies to enhance caregiving capacity in the context of Northeastern Thailand.

Key contents: The roles of older adults in caring for children in early childhood in skipped-generation families include providing daily care, nurturing and discipline, transmitting cultural values, and supporting children's learning and development. The impacts on both older adults and children in early childhood involve positive and negative consequences across health, psychological, social, and economic dimensions. Approaches to strengthening older adults' caregiving capacity include enhancing their knowledge and skills in child care, developing community support networks, and promoting digital literacy among older adults.

Conclusion: Older adults play a vital role in caring for children in early childhood in skipped-generation families; therefore, their caregiving capacity and support systems should be strengthened.

Implications: Public health agencies, local administrative organizations, and child development centers should provide training and support programs to enhance older adults' knowledge and skills in child care and development.

Keywords: Caregiving, Early childhood, Skipped-generation family, Older adults

Corresponding author: Narongkorn Chaiwong E-mail: Narongkorn.cha@bru.ac.th

Received: 18 February 2026 Revised: 21 April 2026 Accepted: 30 April 2026

ผู้สูงอายุกับการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น: บริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สุมาลา สว่างจิต¹, ณรงค์กร ชัยวงศ์², ณิชาภัทร มณีพันธ์², พชรี ดัชญาวัตร³, อรกานต์ น้ำคำ³

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, จังหวัดบุรีรัมย์

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, จังหวัดบุรีรัมย์

³นักศึกษา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

บทนำ : ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ซึ่งมีผลต่อโครงสร้างครอบครัวและรูปแบบการดูแลสุขภาพภายในครัวเรือนที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีครอบครัวข้ามรุ่นเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องทำบทบาทหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยเป็นหลัก

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์บทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น ผลกระทบจากการเลี้ยงดูต่อผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัย และเสนอแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สาระสำคัญ : บทบาทผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น ได้แก่ การเลี้ยงดู อบรม สั่งสอน ถ่ายทอดวัฒนธรรม และส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัยมีทั้งด้านบวกและด้านลบในมิติทางสุขภาพ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัย ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลเด็ก การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน และการส่งเสริมความรู้ด้านดิจิทัลให้กับผู้สูงอายุ

สรุปผล : ผู้สูงอายุเป็นดูแลหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัย จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุและระบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อเสนอแนะ : หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรนำองค์ความรู้จากบทความนี้ไปเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุโดยจัดอบรมเกี่ยวกับพัฒนาการและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างเหมาะสมตามบริบทสังคมปัจจุบัน

คำสำคัญ: การดูแลเด็ก, เด็กปฐมวัย, ครอบครัวข้ามรุ่น, ผู้สูงอายุ

บทนำ

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) สังคมไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนผ่านครั้งสำคัญทั้งในมิติประชากร เศรษฐกิจ และสถาบันครอบครัว รูปแบบครอบครัวที่เคยเป็นฐานรากของสังคมไทยอย่างครอบครัวขยาย (Extended family) ค่อย ๆ ลดบทบาทลง และถูกแทนที่ด้วยครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) มากขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565_ก) อย่างไรก็ตาม ในบริบทของสังคมชนบท โดยเฉพาะพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลับปรากฏรูปแบบครอบครัวอีกลักษณะหนึ่งที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างชัดเจน นั่นคือ ครอบครัวข้ามรุ่น (Skipped-generation family) (กาญจนา เทียนฉาย และวรรณิ หุตะแพทย์, 2558)

ครอบครัวข้ามรุ่น หมายถึง หน่วยครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับหลาน โดยไม่มีบิดามารดาของเด็กอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการที่พ่อแม่วัยแรงงานจำเป็นต้องย้ายถิ่นฐานออกจากชุมชนไปทำงานในเขตเมืองหรือภาคอุตสาหกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโดยปริยาย (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) ปรากฏการณ์ดังกล่าวพบได้อย่างแพร่หลายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันเป็นพื้นที่ที่โอกาสทางเศรษฐกิจในท้องถิ่นมีข้อจำกัด และการย้ายถิ่นแรงงานเป็นกลไกสำคัญของการดำรงชีวิตของครัวเรือน การเปลี่ยนผ่านนี้ทำให้ภารกิจในการดูแลและหล่อหลอมเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงวัยสำคัญที่สุดของการวางรากฐานพัฒนาการมนุษย์ ถูกถ่ายโอนให้ผู้สูงอายุดูแลจำนวนมากซึ่งการดูแลเด็กปฐมวัยในบริบทศตวรรษที่ 21 ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลทางร่างกายหรือการเลี้ยงดูตามประสบการณ์ชีวิตเท่านั้น หากแต่ต้องเผชิญความท้าทายใหม่ ๆ จากกระแสโลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนรู้ของเด็กและอิทธิพลของเทคโนโลยีดิจิทัลที่เข้ามามีบทบาทต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กตั้งแต่วัยต้น (รุ่งทิพา แยมรุ่ง และคณะ, 2565)

การทำหน้าที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก (Primary caregiver) ในช่วงวัยสูงอายุจึงก่อให้เกิดผลกระทบในลักษณะสองด้าน ด้านแรก ผู้สูงอายุอาจต้องเผชิญกับภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น ความเหนื่อยล้าทางร่างกาย และความเครียดสะสมจากบทบาทความรับผิดชอบที่ยาวนาน ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพและความสามารถในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ทั้งที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าช่วงปฐมวัยคือ หน้าต่างแห่งโอกาส (Window of opportunity) ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการระยะยาวของมนุษย์ (World Health Organization et al., 2018) และในอีกด้านหนึ่ง บทบาทการดูแลหลานกลับเป็นแหล่งพลังทางจิตใจของผู้สูงอายุช่วยเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างวัยอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะในบริบทวัฒนธรรมอีสานที่ให้ความสำคัญกับความกตัญญู การพึ่งพาอาศัยกัน และการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นภาษา คติธรรม วิถีชีวิต และแบบแผนการอยู่ร่วมกัน ซึ่งล้วนเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาเด็ก อย่างไรก็ตาม ช่องว่างระหว่างวัย (Generation gap) รวมถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและความรู้เท่าทันเทคโนโลยีสมัยใหม่ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสื่อสาร การเรียนรู้และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในครอบครัวข้ามรุ่น (สุพัตรา บุญเจียม และคณะ, 2564) ด้วยเหตุนี้การทำความเข้าใจพลวัตของครอบครัวข้ามรุ่นในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเพื่อพัฒนากลไกการสนับสนุนผู้สูงอายุ มิใช่ในฐานะผู้รับการช่วยเหลือ หากแต่คือฐานทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพในการสร้างทุนมนุษย์รุ่นใหม่ให้มีพฤติกรรม คุณธรรมจริยธรรมที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์บทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น ผลกระทบจากการเลี้ยงดูต่อผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัย และเสนอแนวทางการเสริมสร้าง ศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. วิธีการทบทวนวรรณกรรม

บทความวิชาการนี้ใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ (Systematic literature review) ซึ่งเป็นกระบวนการศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีความชัดเจนและน่าเชื่อถือ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 การกำหนดคำถามการทบทวน (Review question) โดยมุ่งเน้นการอธิบายบทบาทของผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัย รวมถึงแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลเด็กภายใต้บริบทครอบครัวข้ามรุ่น

1.2 การกำหนดขอบเขตของการศึกษา (Scope of review) ครอบคลุมวรรณกรรมในสาขาการพยาบาล สุขภาพชุมชน พัฒนาการเด็ก และสังคมศาสตร์ โดยเน้นบริบทประเทศไทยและประเทศที่มีลักษณะครอบครัวข้ามรุ่นใกล้เคียงกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาเปรียบเทียบและประยุกต์ใช้ได้

1.3 การสืบค้นข้อมูล (Literature search) ดำเนินการจากฐานข้อมูลวิชาการที่น่าเชื่อถือทั้งในและต่างประเทศ ในฐานข้อมูลวารสารวิชาการด้านสุขภาพและสังคมศาสตร์ ได้แก่ PubMed, Scopus, Google Scholar และ ThaiJO โดยใช้คำสำคัญ (Keywords) ที่เกี่ยวข้อง คือ “Older adults”, “Grandparents”, “Early childhood”, “Skipped-generation family”, และ “Caregiving” รวมถึงคำค้นในภาษาไทย เช่น “ผู้สูงอายุ”, “เด็กปฐมวัย”, และ “ครอบครัวข้ามรุ่น”

1.4 การคัดเลือกวรรณกรรม โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ งานวิจัยและบทความวิชาการที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องโดยตรงกับบทบาทหรือผลกระทบของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัย เผยแพร่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และเป็นแหล่งข้อมูลผ่านการพิจารณาคุณภาพทางวิชาการ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องซ้ำซ้อนหรือขาดความน่าเชื่อถือ

1.5 การประเมินคุณภาพของวรรณกรรม โดยพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล วิธีวิจัย ความสอดคล้องของผลการศึกษา และความเหมาะสมในการนำไปใช้อ้างอิง

1.6 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับการสังเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นสำคัญ ได้แก่ บทบาทของผู้สูงอายุ ผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบ และแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพ

1.7 การสรุปองค์ความรู้ โดยบูรณาการผลการวิเคราะห์เพื่อนำเสนอภาพรวมขององค์ความรู้ ระบุช่องว่างทางวิชาการ (Research gap) และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงแนวคิดและแนวทางเชิงปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. พลวัตและแนวคิดสมัยใหม่เกี่ยวกับครอบครัวข้ามรุ่น

ในอดีตครอบครัวข้ามรุ่นถูกมองเป็นปัญหาทางสังคมที่เกิดจากความยากจนแต่ปัจจุบันแนวคิดเชิงวิชาการได้เปลี่ยนไปในมุมมองเชิงความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว (Family resilience) และการสร้างเสริมทุนมนุษย์ข้ามรุ่น โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

2.1 แนวคิดการดูแลที่เน้นความผูกพันเชิงคุณภาพ (Nurturing care framework) องค์การอนามัยโลก และ UNICEF ได้เน้นย้ำว่า การดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นไม่ใช่แค่การทำให้เด็กอิ่มท้องหรือปลอดภัยเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมถึงการดูแลที่ตอบสนอง (Responsive caregiving) ซึ่งผู้สูงอายุในภาคอีสานมีจุดแข็งด้านการให้เวลาและความอบอุ่นสูงมาก จากการศึกษาพบว่า หากสามารถเติมเต็มความรู้ด้านโภชนาการและการเล่นเชิงรุก (Active play) ให้แก่ปู่ย่าตายายได้ ครอบครัวข้ามรุ่นจะเป็นสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการทางสมองของเด็กอย่างดียิ่ง (World Health Organization, et al., 2018)

2.2 แนวคิดการโอนย้ายความรู้แบบย้อนกลับ (Reverse socialization) เป็นแนวคิดใหม่ที่น่าสนใจคือการมองว่าในยุคดิจิทัล เด็กปฐมวัยหรือเด็กที่โตขึ้นมาหน่อยสามารถเป็นครูให้กับผู้สูงอายุได้เช่นกัน เช่น การสอนใช้แท็บเล็ต (Tablet) หรือสมาร์ทโฟน (Smartphone) เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเรียนรู้ร่วมกันนี้ช่วยลดช่องว่างระหว่างวัย (Generation gap) และทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกแปลกแยกจากโลกสมัยใหม่ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565)

2.3 ผลกระทบด้านสุขภาพจิตและภาวะภาระที่มาพร้อมความสุข (The joy and burden of caregiving) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสมองเสื่อมช้าลง เนื่องจากการดูแลเด็กบังคับให้สมองได้ใช้งานและมีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) ตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม ต้องระวังเรื่องภาวะความเครียดแฝง จากความกังวลด้านการเงินและการเลี้ยงดูที่ไม่ตรงกับความต้องการของพ่อแม่เด็ก (Hu et al., 2025)

กล่าวโดยสรุป แนวคิดสมัยใหม่เกี่ยวกับครอบครัวข้ามรุ่นชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนกรอบคิดจากการสงเคราะห์ไปสู่การเสริมพลัง (Empowerment) โดยมองผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพและนโยบายเชิงพื้นที่ที่ตอบสนองต่อบริบทสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนไทยได้อย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในปัจจุบันคือความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (Digital divide) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการคัดกรองข้อมูลสุขภาพและการเลือกสื่อให้เด็กปฐมวัย แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในยุคปัจจุบัน จึงต้องมุ่งเน้นไปที่การสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ข้ามรุ่น (Intergenerational learning communities) ที่เชื่อมโยงโรงเรียนผู้สูงอายุเข้ากับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างครูปฐมวัยและปู่ย่าตายายอย่างเป็นระบบ

3. บทบาทผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัย

บทบาทของผู้สูงอายุในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากผู้ช่วยเลี้ยงมาเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ซึ่งมีความซับซ้อนมากกว่าการดูแลในอดีต โดยผลการวิเคราะห์แบ่งได้เป็น 4 บทบาทหลัก ดังนี้

3.1 บทบาทด้านการอบรมสั่งสอนและถ่ายทอดวัฒนธรรม (Cultural transmission) ดังนี้

1) ในภาคอีสาน ผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมวัฒนธรรม โดยใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม เช่น การปลูกฝังคุณธรรมผ่านนิทานพื้นบ้าน (นิทานก๊วย, ตำนานผาแดงนางไอ่) และการพากันไปทำบุญที่วัดในวันพระ การพาเด็กเข้าวัดทำบุญหรือร่วมงานประเพณี "ฮีตสิบสอง คองสิบสี่" เป็นการปลูกฝังคุณธรรมและระเบียบวินัยผ่านการปฏิบัติจริง (อุทิศ ทาหอม และสุนันท์ เสนารัตน์, 2561)

2) การใช้ภาษา การสื่อสารด้วยภาษาถิ่นช่วยสร้างอัตลักษณ์และความภาคภูมิใจในรากเหง้าให้กับเด็กปฐมวัย

3) วิถีชีวิต การสอนให้เด็กรู้จักพืชผักสวนครัวและการอยู่ร่วมกับธรรมชาติ

3.2 บทบาทด้านการปกป้องและสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ท่ามกลางสภาวะที่เด็กต้องห่างจากพ่อแม่ ผู้สูงอายุคือเกราะคุ้มกันทางใจที่สำคัญที่สุด

1) ความผูกพัน (Attachment) ความรักที่ไม่มีเงื่อนไขของปู่ย่าตายายช่วยลดภาวะความรู้สึกลูกทอดทิ้งในเด็ก จากการศึกษาพบว่า ความใกล้ชิดและการตอบสนองต่อความต้องการของเด็กอย่างสม่ำเสมอโดยปู่ย่าตายาย ช่วยให้เด็กปฐมวัยมีระดับความเครียดในสมองต่ำลง และมีเชาวน์อารมณ์ (EQ) ที่ดีในบริบทภาคอีสาน บทบาทนี้มักสะท้อนผ่านการอุ้มชูและการนอนเปล ซึ่งเป็นการสร้างสัมผัสที่อบอุ่นตลอดทั้งวัน (สุพัตรา นุตรักษ์ และคณะ, 2564)

2) ความมั่นคง การมีผู้ใหญ่ที่พึ่งพาได้ในบ้านตลอดเวลา ช่วยให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ราบรื่นและลดความก้าวร้าว

3.3 บทบาทด้านการบริหารจัดการครัวเรือนและเศรษฐกิจ (Resource management) ผู้สูงอายุในครัวเรือนขำขันไม่ได้แค่เลี้ยงหลาน แต่ยังเป็นผู้จัดการบ้าน (Home manager)

1) การจัดสรรงบประมาณ ต้องบริหารเงินที่บุตรหลานส่งมาให้ซึ่งมักไม่แน่นอน เพื่อให้เพียงพอต่อค่าเทอม ค่าอาหาร และของใช้เด็ก ผู้สูงอายุต้องบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเพื่อให้เด็กได้รับสิ่งจำเป็นพื้นฐาน บทบาทนี้รวมถึงการตัดสินใจเลือกอาหาร การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการศึกษาเบื้องต้น ผลการศึกษาของ ทศนีย์ นาคุณทรง และคณะ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทอีสานมีบทบาทสูงในการคัดกรองพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก โดยพยายามผสมผสานวิถีปฏิบัติจากธรรมชาติในท้องถิ่นเข้ากับอาหารสมัยใหม่เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและส่งเสริมโภชนาการ

2) การเชื่อมต่อชุมชน เป็นตัวแทนครอบครัวในการติดต่อกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือพาสมาชิกไปรับบริการสาธารณสุข

3.4 บทบาทนักจัดการเรียนรู้ ในยุคเปลี่ยนผ่าน (Learning facilitator) เป็นบทบาทใหม่ที่มีความท้าทาย เนื่องจากผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้ทันโลก (สุพัตรา บุญเยี่ยม และคณะ, 2564)

1) การควบคุมสื่อ ต้องทำหน้าที่คัดกรองการใช้ส마트โฟนของหลาน เพื่อป้องกันปัญหาพัฒนาการล่าช้าหรือพฤติกรรมเลียนแบบที่เหมาะสม

2) โภชนาการ ปรับเปลี่ยนความเชื่อดั้งเดิม เช่น การบ่อนกลัวยบดให้ทารกเร็วเกินไป มาสู่หลักโภชนาการสมัยใหม่ที่หน่วยงานสาธารณสุขแนะนำ

3.5 บทบาทการเป็นสะพานเชื่อมระหว่างวัยและชุมชน (Intergenerational and community linkage) ผู้สูงอายุช่วยให้เด็กปฐมวัยมีตัวตนในสังคมชุมชน (Social identity) ผ่านการพาเด็กไปพบปะเพื่อนบ้านหรือเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน บทบาทนี้ช่วยให้เด็กมีการพัฒนาทักษะทางสังคม (Social skills) ที่เข้มแข็งกว่าเด็กในเขตเมือง และยังช่วยให้ผู้สูงอายุเองได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายเพื่อนบ้านในการช่วยเหลือเป็นหูเป็นตาดูแลเด็ก ทำให้เกิดระบบการดูแลโดยชุมชน (Community-based care) (สุพัตรา นุตรักษ์, 2564)

4. ผลกระทบจากการเลี้ยงดูต่อผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ผลกระทบในครอบครัวข้ามรุ่นจำเป็นต้องมองแบบสองทาง (Bidirectional Impact) เพราะการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างใกล้ชิดส่งผลกระทบที่ซับซ้อนจากการเลี้ยงดูทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้

4.1 ผลกระทบต่อเด็กปฐมวัย (Impacts on early childhood) เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่สมองมีการพัฒนาสูงสุด การเลี้ยงดูโดยผู้สูงอายุส่งผลกระทบดังนี้ (วนิศารัตน์ อิศระมนโรส และคณะ, 2560; ภูเบศร์ สมุทรจักร และคณะ, 2563; ภาคิน จันโธมา, 2567)

1) ด้านบวก ความมั่นคงทางอารมณ์และอัตลักษณ์ (Emotional security & identity) เด็กที่เลี้ยงโดยปู่ย่าตายายมักได้รับความรักและการเอาใจใส่ที่ใจเย็นกว่าการเลี้ยงดูโดยพ่อแม่ที่มีความเครียดจากการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า เด็กกลุ่มนี้จะมีทักษะการปรับตัว (Resilience) และมีความภาคภูมิใจในรากเหง้าวัฒนธรรมท้องถิ่น (Cultural identity) ผ่านการถ่ายทอดภาษาและวิถีชีวิตพื้นถิ่น (พระวัชชัย อานนโธ และคณะ, 2565)

2) ด้านลบ ช่องว่างทางการเรียนรู้และโภชนาการ (Learning gap & Nutrition) ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีความเชื่อเรื่องโภชนาการแบบเดิม เช่น การบ่อนข้าวเคี้ยวหรืออาหารรสจัด ซึ่งอาจขัดกับหลักโภชนาการสมัยใหม่ นอกจากนี้ การปล่อยให้เด็กอยู่กับหน้าจอ (Digital babysitting) เพื่อลดภาระการดูแล อาจส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า และขาดการกระตุ้นกล้ามเนื้อมัดเล็ก

4.2 ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ (Impacts on older adults) การกลับมาเป็นผู้ดูแลหลักในวัยเกษียณส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (Vigazzi et al., 2025)

1) ด้านบวก การมีคุณค่าและชะลอความเสื่อม (Sense of purpose & Cognitive health) การดูแลหลานช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการมีบทบาทสำคัญในครอบครัว ลดภาวะซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง งานวิจัยล่าสุดระบุว่าการทำงานกิจกรรมร่วมกับเด็ก เช่น การเล่นหรือการเล่านิทาน ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนความจำและชะลอภาวะสมองเสื่อม (Cognitive decline) ได้ (Wang & Tang, 2023)

2) ด้านลบ ภาระทางกายและสภาวะเครียดแผ้ว (Caregiver burden & Physical strain) ผู้สูงอายุในภาคอีสานส่วนใหญ่ยังต้องทำเกษตรกรรมควบคู่กับการเลี้ยงหลาน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าสะสมและส่งผลกระทบต่อโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูงและอาการปวดข้อกระดูก นอกจากนี้ยังมีความเครียดทางการเงิน จากค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็กที่เพิ่มขึ้นในยุคน้ำมันแพง (สร้อยรัชฎ์ ศรีคำ, 2567)

เมื่อวิเคราะห์ผลกระทบแบบองค์รวมในครอบครัวข้ามรุ่น การใช้ชีวิตร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบแบบสองทาง ที่มีความซับซ้อน ครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ (เกิดสิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์, 2563; เกิดสิริ หงษ์ไทย และดารุณี จงอุดมการณ์, 2564)

1. มิติด้านสุขภาพ เด็กปฐมวัยได้รับประโยชน์จากการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อความมั่นคงทางอารมณ์และ พัฒนาการด้านจิตสังคม อย่างไรก็ตาม ความรู้ด้านโภชนาการและการส่งเสริมพัฒนาการของผู้สูงอายุที่ยังยึดตามความเชื่อดั้งเดิม อาจนำไปสู่ความเสี่ยงด้านโภชนาการและ พัฒนาการล่าช้า ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุได้รับผลดีจากการเคลื่อนไหวและการใช้สมองอย่างสม่ำเสมอ แต่ต้องเผชิญกับภาระทางกาย ความเหนื่อยล้าสะสม และการกำเริบของโรคเรื้อรังจากบทบาทผู้ดูแลหลัก

2. มิติด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลหลานช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความโดดเดี่ยว และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ขณะที่เด็กได้รับความอบอุ่น ความผูกพัน และความมั่นคงทางอารมณ์ อย่างไรก็ตาม ความเครียดแฝงจากภาระการดูแล ความกังวลด้านการเงิน และความคาดหวังที่ไม่สอดคล้องกับพ่อแม่เด็ก อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสะท้อนกลับไปสู่คุณภาพการเลี้ยงดูเด็ก

3. มิติด้านสังคมและวัฒนธรรม ครอบครัวข้ามรุ่นเป็นพื้นที่สำคัญของการถ่ายทอดทุนทางสังคมและวัฒนธรรม เด็กปฐมวัยได้เรียนรู้ภาษา วิถีชีวิต และค่านิยมท้องถิ่น ซึ่งช่วยเสริมสร้างอัตลักษณ์และภาคภูมิใจในรากเหง้า ขณะเดียวกัน ช่องว่างระหว่างวัยและข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุ อาจเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและการส่งเสริมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมร่วมสมัย

4. มิติด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นจำนวนมากต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ท่ามกลางรายได้ที่จำกัดและค่าครองชีพที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดความเปราะบางทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ขณะเดียวกัน การขาดระบบสนับสนุนที่เพียงพอจากภาครัฐ อาจทำให้บทบาทการดูแลกลายเป็นภาระมากกว่าทรัพยากรของครอบครัว

5. แนวทางการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัยครอบครัวข้ามรุ่น

การเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อให้มีขีดความสามารถในการดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดการบูรณาการทุนวัฒนธรรมร่วมกับนวัตกรรมสังคม โดยสามารถวิเคราะห์แนวทางเชิงยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงได้เป็น 4 ส่วนสำคัญ ดังนี้

5.1 การเปลี่ยนผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุสู่ศูนย์กลางการเรียนรู้ข้ามรุ่น

โรงเรียนผู้สูงอายุในบริบทอีสานเป็นกลไกทางสังคมที่มีความเข้มแข็งและเข้าถึงง่าย แนวทางการพัฒนาจึงควรมุ่งเน้นการปรับปรุงหลักสูตรที่เน้นการเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กยุคใหม่ (Modern parenting skills) ที่บูรณาการเข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น ตัวอย่าง เช่น การนำเอาการเล่นล่อแมว หรือการประดิษฐ์ของเล่นจากวัสดุธรรมชาติมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมทักษะสมอง (EF) และกล้ามเนื้อเล็กของเด็ก (วนิศารัตน์ อิศระมนโรส และคณะ, 2560) การจัดการเรียนรู้ในลักษณะนี้จะช่วยลดภาวะความเครียดสะสมของผู้สูงอายุ (Caregiver burden) โดยเปลี่ยนภาระการดูแลให้กลายเป็นกิจกรรมสนทนากาที่สร้างความ

ภูมิใจในคุณค่าของตนเอง (Self-esteem) นอกจากนี้ การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลเด็กตามหลักวิชาการมีความสำคัญเป็นอย่างมาก การให้ความรู้ด้านพัฒนาการเด็ก ปัจจัยด้านโภชนาการ สุขภาพ และเทคนิคการกระตุ้นพัฒนาการควรเป็นส่วนสำคัญของการเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ โดยระบบบริการสุขภาพและพยาบาลชุมชนสามารถจัดหลักสูตรการดูแลเด็กปฐมวัย บุคลากรผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุที่เน้นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น ภาษาและประเพณีอีสาน เพื่อให้ความรู้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ (อรุณณี ใจเที่ยง, และคณะ, 2566)

5.2 การสร้างกลไกสนับสนุนผ่านระบบเพื่อนช่วยเพื่อนและเครือข่ายสุขภาพชุมชน

วิถีชีวิตของชาวอีสานมีลักษณะเป็นสังคมเครือญาติที่พึ่งพาอาศัยกัน แนวทางการเสริมศักยภาพที่มีประสิทธิภาพจึงควรใช้ระบบปราชญ์ชาวบ้านและอาสาสมัครต้นแบบ เป็นตัวขับเคลื่อน (Peer-to-peer support) โดยการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสูงในหมู่บ้านมาเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านโภชนาการที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพ การสังเกตพัฒนาการเด็กตามวัย และการป้องกันอุบัติเหตุในครัวเรือน (กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม, 2561) แนวทางนี้จะช่วยลดข้อจำกัดจากความเชื่อดั้งเดิมที่คลาดเคลื่อนผ่านกระบวนการสื่อสารด้วยภาษาถิ่นและวัฒนธรรมเดียวกัน ทำให้เกิดการยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ การสร้างเครือข่ายชุมชนที่สนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มพี่เลี้ยง (Peer support) หรือเครือข่ายครอบครัวข้ามรุ่นในชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทักษะ และกลยุทธ์การดูแลเด็ก รวมถึงรับการสนับสนุนด้านจิตสังคมจากเพื่อนร่วมวัย ซึ่งงานวิจัยระบุว่า การมีเครือข่ายการดูแลในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวและลดภาระของผู้สูงอายุ (อมร ทองรักษ์, 2568)

5.3 การสร้างความรู้ทางดิจิทัลเพื่อการดูแลเด็ก (Digital health literacy)

ในยุคที่เทคโนโลยีมีอิทธิพลต่อเด็กปฐมวัยอย่างยิ่ง ภาระสำคัญของผู้สูงอายุคือการเป็นผู้คัดกรองสื่อ ดังนั้นแนวทางการส่งเสริมจึงต้องมุ่งเน้นการสร้างความรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล โดยการพัฒนาสื่อการสอนที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ เช่น วิดีโอสั้นหรือพอดแคสต์ภาษาอีสานที่ให้คำแนะนำด้านการเลี้ยงเด็ก เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้สมาร์ตโฟนเป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้สุขภาพและติดตามข่าวสารที่จำเป็น แทนการใช้เป็นเพียงเครื่องมือคลายเหงาให้เด็ก ซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาพัฒนาการล่าช้าและพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปฐมวัยที่เกิดจากสื่อออนไลน์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

5.4 การสนับสนุนการดำเนินงานเชิงรุกของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการทำงานร่วมกับผู้สูงอายุ

การยกระดับคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรดำเนินงานเชิงรุกโดยบูรณาการบทบาทผู้สูงอายุในฐานะผู้ดูแลร่วม และผู้ถ่ายทอดทุนวัฒนธรรมอย่างเป็นระบบ ผ่านกลไกสำคัญ ดังนี้

1) การจัดระบบคัดกรองและประเมินครอบครัวข้ามรุ่นเชิงรุก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรพัฒนาฐานข้อมูลครอบครัวของเด็ก โดยระบุเด็กที่อยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นอย่างชัดเจน พร้อมทั้งประเมินศักยภาพและภาระของผู้สูงอายุผู้ดูแล เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความรู้ด้านพัฒนาการเด็ก และภาวะความเครียด (Caregiver burden) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือรายกรณี (Case management)

2) การพัฒนาหลักสูตรผู้ดูแลร่วมข้ามรุ่น ควรจัดโปรแกรมอบรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะที่จำเป็น เช่น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย โภชนาการที่เหมาะสม การเล่นเพื่อพัฒนาสมอง (Executive functions: EF) การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ควรออกแบบเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมด้วย

3) การสร้างพื้นที่เรียนรู้ร่วมระหว่างวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและเด็กได้เรียนรู้ร่วมกัน เช่น กิจกรรมเล่านิทานพื้นบ้าน/นิทานคุณธรรม การทำของเล่นจากวัสดุธรรมชาติ กิจกรรมศิลปะ วัฒนธรรม และประเพณีท้องถิ่น กิจกรรมลักษณะนี้ไม่เพียงส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แต่ยังช่วยเสริมคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

4) การจัดตั้งเครือข่ายผู้สูงอายุต้นแบบ (Senior caregiver model) คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมาเป็นแกนนำชุมชน ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้สูงอายุรายอื่น ซึ่งจะช่วยสร้างการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน และเพิ่มการยอมรับในชุมชน

5) การบูรณาการความร่วมมือกับระบบสุขภาพและชุมชนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรทำงานร่วมกับพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อลงเยี่ยมบ้านครอบครัวข้ามรุ่น ให้คำแนะนำเฉพาะราย ติดตามพัฒนาการเด็กและสุขภาพผู้สูงอายุ การทำงานเชิงเครือข่ายจะช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น

6) การพัฒนาระบบสื่อสารและติดตามผ่านเทคโนโลยีที่เหมาะสม ควรใช้เครื่องมือที่เข้าถึงง่าย เช่น ไลน์กลุ่ม หรือวิดีโอสั้น เพื่อสื่อสารความรู้ด้านการเลี้ยงดูเด็กแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงแจ้งเตือนกิจกรรมหรือการติดตามพัฒนาการเด็ก ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงระดับทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุ และออกแบบสื่อให้เหมาะสม

7) การกำหนดตัวชี้วัดและประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม ระดับความรู้และทักษะการดูแลเด็กที่เพิ่มขึ้น พัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ ระดับภาระผู้ดูแลที่ลดลง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

ผู้สูงอายุเป็นกำลังสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่น บทบาทดังกล่าวมีทั้งคุณค่าและความท้าทาย การเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุผ่านการสนับสนุนจากชุมชน ระบบสุขภาพ และการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน บทความวิชาการนี้สะท้อนองค์ความรู้ใหม่ที่มีมองผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นไม่ใช่เพียงผู้รับการดูแลเด็กปฐมวัย หากแต่เป็นทรัพยากรมนุษย์เชิงรุกที่มีศักยภาพในการสร้างทุนมนุษย์รุ่นใหม่ ผ่านการผสานบทบาทการเลี้ยงดู การถ่ายทอดทุนวัฒนธรรม และการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ให้แก่เด็กในบริบทสังคมอีสาน องค์ความรู้สำคัญที่ค้นพบคือ การดูแลเด็กโดยผู้สูงอายุให้เกิดคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างกรอบแนวคิดการดูแลเด็กปฐมวัยสมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่น และการเสริมพลังผู้สูงอายุในฐานะนักจัดการเรียนรู้ข้ามรุ่น มากกว่าการสงเคราะห์เชิงสวัสดิการ ในเชิงการนำไปใช้ ผลการวิเคราะห์สามารถประยุกต์เป็นแนวทางเชิงปฏิบัติในการพัฒนาระบบสนับสนุนครอบครัวข้ามรุ่น ได้แก่ การปรับบทบาทโรงเรียนผู้สูงอายุให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ข้ามรุ่น การบูรณาการบทบาทพยาบาลชุมชนและระบบสุขภาพปฐมภูมิในการเสริมทักษะการดูแลเด็กแก่ผู้สูงอายุ และการพัฒนานโยบายเชิงพื้นที่ที่ลดช่องว่างดิจิทัลและภาระผู้ดูแลอย่างเป็นรูปธรรม บทความนี้จึงมีคุณค่าในฐานะกรอบความรู้สำหรับนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย ในการออกแบบระบบการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัวข้ามรุ่นให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมอีสาน และนำไปสู่ความยั่งยืนของทั้งผู้สูงอายุ เด็ก และชุมชนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรนำองค์ความรู้จากบทความนี้ไปเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย โดยจัดอบรมเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก โภชนาการ การส่งเสริมทักษะสมองและการใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสานอันจะช่วยยกระดับคุณภาพการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างรอบด้าน

2. ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำแนวคิดการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ข้ามรุ่นไปประยุกต์ใช้ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างระบบสนับสนุนผู้สูงอายุในการดูแลเด็กปฐมวัย ลดภาระผู้ดูแล ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างวัย และช่วยสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่กับการพัฒนาเด็กให้เติบโตอย่างมีคุณภาพในสังคมปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *นิยามและประเภทครอบครัว*. <https://infocenter.nationalhealth.or.th/sites/default/files/นิยามและประเภทครอบครัว.pdf>
- กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม. (2561). *มรดกภูมิปัญญาอีสาน*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *พ่อแม่ยุคดิจิทัลเลี้ยงลูกแบบ traditional*. <https://www.cgtoolbook.com/books007/8-9/>
- กาญจนา เทียนลาย และวรรณิ หุตะแพทย์. (2558). *สถานการณ์การเลี้ยงดูหลานในครัวเรือนข้ามรุ่นของประเทศไทย*. <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/447-IPSR-Conference-A20-fulltext.pdf>
- เกดสิริ หงส์ไทย และ ดารุณี จงอุดมการณ์. (2563). ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(4), 97–109.
- เกดสิริ หงส์ไทย และ ดารุณี จงอุดมการณ์. (2564). ภาระการเลี้ยงหลานของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(1), 71–88.
- ทัศนีย์ นาคุณทรง, ประสพสุข ฤทธิเดช, สุชาดา หวังสิทธิเดช, บงกชรัตน์ ศุภเกษตร, และ วารินทิพย์ ศรีกุลลา. (2559). การพัฒนารูปแบบอาหารพื้นบ้านอีสานสำหรับเด็กปฐมวัย. *วารสารวิชาการ (ฉบับพิเศษ) ประจำปี 2559*, 331–342.
- พระธวัชชัย อานนโธ, พระครูโสภณปริยัติสุธี, และ สมยศ ปัญญามาก. (2565). การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่เยาวชนของตำบลแม่ปืม อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 5(3), 35–48.
- ภาคิน จันโหมมา. (2567). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยจิตวิทยาเชิงบวกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพิษณุโลก*. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ภูเบศร์ สมุทรจักร, กมลชนก ขำสุวรรณ, และ กัญญาพัชร สุทธิเกษม. (2563). *โลกที่ 3 ของซี-แอลฟา*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิวา แยมรุ่ง, กิตติชัย สุธาสีโนบล, และพัฒน์นรี จันทราภิรมย์. (2565). ยุคการเปลี่ยนแปลงของโลกกับความท้าทายในการพัฒนาเด็กปฐมวัย. *วารสารคหเศรษฐศาสตร์*, 65(2), 1-13.
- วนิศารัตน์ อิศระมนโรส, สุทัศน์ จันบัวลา, ชนมธิดา ยาแก้ว และ ภาณุวัฒน์ นิมนวล. (2560). *รูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น*. <https://ebooks-viewer.dusit.ac.th/viewer/1017968121439812297577668798368898943878612143816161/1/2/0/viewer.html?url=%0D%0Ahttps%3A%2F%2Febooks-viewer.dusit.ac.th%2Fviewer%2F1017968121439812297577668798368898943878612143816161%2F1%2F2%2F0%2Fviewer.html>

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565ก). *ภาวะประชากรและการพัฒนา 2565:*

ครอบครัวไทยในยุคเปลี่ยนผ่าน. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ร่วมกับสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565ข). *ครอบครัวไทยในอนาคต: พ.ศ. 2583.*

https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/07/566-ThaiFamily-2040_compressed.pdf

สร้อยรัชฎ์ ศรีคำ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(3), 63-77.

สุพัตรา บุญเจียม, อธิสโรญ ทองไทย, และ ปิยะ ปุริโส. (2564). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
สำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก ปู่ ย่า ตา ยาย. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 44(2), 97-112.

สุพัตรา นุตรักษ์, วรณไพโร แยมมา, ประนอม พูลพัฒน์, สาริศา อัครกุลพิชา, บุญยอด มาคล้าย, ภาวิณี ทอง
กลับ, และ วรวิทย์ ละครจันทร์. (2564). การดูแลภายใต้การเชื่อมความสัมพันธ์ต่างรุ่น: ทางเลือกใหม่
เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, 11(1), 199-206.

อรุณนิ ใจเที่ยง, จินตนา ยูนิพันธ์, วรางคณา จันทรวง, นงลักษณ์ เมธากาญจน์, และ สุพัตรา นุตรักษ์. (2566).
การส่งเสริมการดูแลเด็กปฐมวัยโดยความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาลและองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 46(3), 59-74.

อมร ทองรักษ์. (2568). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัด
หนองบัวลำภู. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 11(2), 137-150.

อุทิศ ทาหอม และสุนันท์ เสนารัตน์. (2561). การประยุกต์ใช้ทุนทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น
อีสาน. *วารสารวัฒนธรรมและทฤษฎีการปกครอง*, 5(1), 15-24.

Hu, J., Zhang, N., & Kitcharoen, P. (2025). The impact of grandchild caregiving on depression
among grandparents: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 13, 169.

Vigezzi, G. P., Barbati, C., Maggioni, E., Stenholm, S., Odone, A., Amerio, A., Ardito, C.,
Bertuccio, P., Costa, G., d'Errico, A., Gentile, L., et al. (2025). Impact of retirement
transition on health, well-being and health behaviours: Critical
insights from an overview of reviews. *Social Science & Medicine*, 375, 118049.

Wang, L., & Tang, Y. (2023). Impacts of intergenerational caregiving on grandparents' health:
Implications for SDG-3. *Economic Analysis and Policy*, 79, 584-598.

World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018).
*Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children
survive and thrive to transform health and human potential.*

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/781de51d-4cef-482e-bb3b-c2b3becf3c9f/content>



คำแนะนำในการเตรียมบทความต้นฉบับ

วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข (Academic Journal of Nursing and Public health) จะดำเนินการเผยแพร่บทความองค์ความรู้ บทความวิจัย บทความวิชาการ และบทความรายงานผู้ป่วยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่องภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาไทยด้วย โดยจะเผยแพร่บทความในขอบข่ายสาขาวินิจฉัยต่อไปนี สาขาศาสตร์พยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาศาสตร์การสาธารณสุข และสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โดยวารสารจะจัดพิมพ์ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม ถึง เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม ถึง สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน ถึง ธันวาคม) ผลงานที่ส่งมาจะต้องไม่เคยเสนอหรือกำลังเสนอตีพิมพ์ในวารสารเล่มใดมาก่อน

1. การส่งต้นฉบับบทความ

ผู้เขียนส่งต้นฉบับที่พิมพ์ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารจำนวน 1 ชุด ในรูปแบบไฟล์ MS-Word และ PDF ส่งบทความในระบบ ThaiJo ถึง รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสโส บรรณาธิการวารสาร โทร.061-5199426 หรือติดต่อได้ที่ ดร.ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ บรรณาธิการผู้ช่วย โทร.061-9799659 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 167 หมู่ 2 ถนนชัยภูมิ-ตาดโตน ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 36000 โดยสามารถติดต่อได้ที่อีเมล ajnp@cpru.ac.th โทร 044-815111 ต่อ 5100 บทความที่ปฏิบัติตามคำแนะนำจะได้รับการพิจารณาดำเนินการทันที

2. รูปแบบบทความและการพิมพ์เนื้อหา

ขนาดของต้นฉบับ การพิมพ์ข้อความหน้าเดียวจัดพิมพ์เป็น 1 คอลัมน์ บนกระดาษขนาด A4 โดย ตั้งค่าระยะห่างระหว่างขอบกระดาษด้านบน 2.54 เซนติเมตรและด้านล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 2.54 เซนติเมตร ด้านขวา 2.54 เซนติเมตร การพิมพ์เว้นวรรคข้อความ พิมพ์เว้นวรรคตัวเลข ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เว้นวรรค 1 ตัวอักษร ความยาวไม่เกิน 14 หน้ากระดาษ การจัดรูปแบบหน้ากระดาษ ให้ตัวหนังสือให้ชิดขอบทั้งสองด้านในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า การเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียวให้ใช้เว้นวรรคหรือเท่ากับการกด space 1 เคาะ

3. รูปแบบอักษรและการจัดวางตำแหน่ง

ใช้รูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ทั้งฉบับในการจัดพิมพ์บทความต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word ขนาดอักษร 16 และหากพิมพ์ในตารางและในกรอบรูปภาพใช้ขนาดอักษร 14

4. บทความวิจัย (Original article)

4.1 ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ภาษาอังกฤษชื่อบทความ และในเนื้อหาให้ใช้อักษรพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวแรกนอกนั้นให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด นอกจากคำเฉพาะ โดยพิมพ์ชื่อบทความภาษาไทยขึ้นก่อนอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 18 (ตัวหนา)

4.2 ชื่อผู้เขียนไทยและอังกฤษ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจัดให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ให้ระบุเฉพาะชื่อและนามสกุลโดยไม่ต้องมีคำนำหน้าขนาดอักษร 14 หนา ชื่อภาษาอังกฤษให้ใช้ขนาดอักษร 14 หนาตำแหน่งกึ่งกลาง ได้ชื่อเรื่องโดยเว้น 1 บรรทัด ให้กำกับหมายเลขยกกำลังไว้ต่อท้ายด้วย สำหรับชื่อของหน่วยงานและจังหวัดให้พิมพ์บรรทัดต่อไป และใช้ตัวอักษรขนาด 14 โดยพิมพ์ชื่อหน่วยงานต้นสังกัดให้ตรงกับตัวเลขยกกำลังที่กำกับไว้ในหน้าเดียวกัน พร้อมทั้งระบุชื่อผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding Author) และระบุ E-mail ของผู้ประพันธ์บรรณกิจ ขนาดอักษร 14 ไว้ได้คำสำคัญหรือ Key word



4.3 บทคัดย่อภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ เขียนสรุปเนื้อหาของบทความวิจัยทั้งหมดให้เข้าใจเขียนอธิบายตามองค์ประกอบ ดังนี้ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย สรุปผล และข้อเสนอแนะ โดยความยาวไม่เกิน 350 คำ พิมพ์หัวข้อเป็นตัวหนาขนาดตัวอักษร 16 หนา จัดตำแหน่งกึ่งกลางหน้ากระดาษโดยให้บทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) แปลบทคัดย่อภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกันและทำการจัดหน้าและรูปแบบการพิมพ์เช่นเดียวกัน

4.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำ (ไม่ใช่วลี หรือ ประโยค) ให้ใช้เครื่องหมาย (,) คั่นระหว่างคำสำคัญเป็นการระบุคำสำคัญหลักในเนื้อเรื่องงานวิจัย ต้องเป็นคำศัพท์ที่สามารถใช้ในการสืบค้นหรืออ้างอิงได้

4.5 บทนำ บอกความสำคัญหรือที่มาของปัญหาที่นำไปสู่การศึกษาวิจัย และควรเขียนให้เห็นถึง Gap of knowledge ในสิ่งที่ยังไม่ได้ศึกษาหรือสิ่งที่กำลังต่อยอดพัฒนาเพื่อนำไปสู่องค์ความรู้ใหม่

4.6 วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อความที่ชัดเจนและกระชับเกี่ยวกับเป้าหมายและจุดมุ่งหมายเฉพาะของการศึกษาวิจัยโดยระบุถึงสิ่งที่นักวิจัยตั้งใจจะศึกษาหรือบรรลุสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้เรียนรู้หรือค้นพบผ่านการวิจัย

4.7 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เป็นการคาดเดาคำตอบการวิจัยไว้ล่วงหน้า ควรระบุให้มีความชัดเจนและสามารถวัดผลได้

4.8 กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยควรเขียนที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ตัวแปรอิสระ) และตัวแปรตาม ที่ใช้ศึกษาโดยมาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาเขียนเป็นแผนภาพเชื่อมโยงเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

4.9 ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายรายละเอียดดังนี้

1) **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

2) **เครื่องมือวิจัย** เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3) **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย** ควรระบุด้วยว่านำเครื่องมือวิจัยของใครมาใช้หรือว่าเป็นการปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัยมาจากของใครซึ่งอ้างอิงที่มาให้ชัดเจนควรระบุทั้งความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability)

4) **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** โดยระบุว่าได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากแหล่งใด หมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร

5) **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ควรระบุช่วงเวลาเก็บข้อมูลทั้งหมด การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างอย่างไร เก็บข้อมูลอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง ระยะเวลาตอบคำถาม และวิธีขอรับแบบสอบถามคืน เขียนเป็นขั้นตอนตามลำดับ

6) **การวิเคราะห์ข้อมูล** ควรระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิตินั้น ๆ

4.10 ผลการวิจัย บอกผลที่ได้จากการวิจัยอย่างชัดเจน สมบูรณ์ และมีรายละเอียดครบถ้วนอาจแสดงด้วยตารางกราฟ แผนภาพประกอบการอธิบาย ทั้งนี้ถ้าแสดงด้วยตาราง ควรเป็นตารางแบบไม่มีเส้นขอบตารางด้านซ้ายและขวา ขนาด 14 โดยให้หัวตารางขนาด 14 หนา ตารางควรมีเฉพาะที่จำเป็น ไม่ควรมีเกิน 5 ตาราง สำหรับรูปภาพประกอบควรเป็นรูปภาพที่ชัดเจนและมีคำบรรยายบนรูปโดยเว้นบรรทัด 1 บรรทัด ใช้คำว่า “ตารางที่ 1.....(ตัวบาง)..... หรือ ภาพที่ 1.....(ตัวบาง)..... ให้พิมพ์ขนาด 16 หนา พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย



ของกระดาษ ส่วนข้อความของชื่อตารางให้พิมพ์ด้วยตัวอักษรบาง ถ้าข้อความยาวต้องต่อบรรทัดที่สองให้พิมพ์ย่อหน้าเข้ามาให้ตรงกับคำแรกของชื่อตารางหากตารางมีความยาวมากจำเป็นต้องขึ้นหน้าใหม่ให้พิมพ์ว่า **ตารางที่ 1 (ต่อ)** ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย

4.11 อภิปรายผล อภิปรายผลตามสรุปผลการวิจัยที่กำหนดไว้เป็นข้อๆ ตามวัตถุประสงค์ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้หรือไม่และมีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลงานของผู้อื่นอย่างไร ควรอ้างทฤษฎีหรือผลการวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบเพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิมรวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์

4.12 ข้อเสนอแนะ

1) การนำผลการวิจัยไปใช้ กล่าวถึงการนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในการศึกษาอย่างถูกต้อง สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้ จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงตามวัตถุประสงค์ และได้การรับรองการใช้ประโยชน์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) การทำวิจัยครั้งต่อไป กล่าวถึงการเสนอแนะให้ผู้อ่านที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันให้ทราบว่า ควรจะทำการวิจัยในประเด็นปัญหาอะไรอะไรบ้าง ควรศึกษาตัวแปรอะไรอีกบ้าง รวมทั้งการเปลี่ยนระเบียบวิธีวิจัยหรือไม่ จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์

4.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ระบุสั้น ๆ ว่าได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยและความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถเขียนได้ โดยให้อยู่เบื้องหลังเนื้อหาหลักของบทความ และก่อนบรรณานุกรม เช่น ขอขอบคุณสาขาวิชาประกาศนียบัตรบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่เอื้อเฟื้อเอกสาร ข้อมูลและสถานที่ที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำโครงการวิจัยนี้

4.14 เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบ APA 7th (American Psychological Association 7th)

5. บทความทางวิชาการ (Academic article)

5.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง สังกัดผู้แต่ง และอีเมลสำหรับติดต่อผู้แต่ง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เขียนตามรูปแบบบทความวิจัย

5.2 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ผู้เขียนสรุปเนื้อหาสาระสำคัญของบทความทั้งหมดให้ผู้อ่านเข้าใจสาระของบทความในภาพรวมเพียงหน้าเดียวซึ่งเขียนอธิบายตามองค์ประกอบ ดังนี้ บทนำ วัตถุประสงค์ สาระสำคัญ สรุป และข้อเสนอแนะ

5.3 บทนำ เป็นความเป็นมาของปัญหาเป็นการเขียนสาระความสำคัญและจุดมุ่งหมายของเรื่องที่จะเขียน ซึ่งจะเป็นการปูพื้นฐานเข้าสู่เนื้อหาของบทความหลักการและเหตุผล หรือความเป็นมาประกอบไปด้วย 1) วัตถุประสงค์เป็นการเขียนเพื่อให้ทราบว่าการเขียนบทความครั้งนี้ต้องการให้ผู้อ่านทราบเรื่องอะไรบ้าง และต้องสอดคล้องกับเนื้อหาของบทความ 2) ขอบเขตของเนื้อหาเป็นการเขียนสิ่งที่ผู้เขียนต้องการจะบอกกล่าวให้ผู้อ่านทราบและเข้าใจตรงกัน เพื่อเป็นกรอบในการอ่าน 3) นิยามศัพท์หรือคำจำกัดความเป็นการเขียนระบุไว้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านกรณีที่คำเหล่านั้นผู้เขียนใช้ในความหมายที่แตกต่างจากความหมายทั่วไปหรือเป็นคำที่ผู้อ่านอาจจะไม่เข้าใจ

5.4 วัตถุประสงค์ เป็นการแสดงเจตนาของผู้เขียนว่าต้องการสื่อสารอะไรให้ผู้อ่านรับทราบ

5.5 เนื้อเรื่อง แสดงการเขียนรายละเอียดของประเด็นตามที่ผู้เขียนได้วางโครงเรื่องไว้ โดยหัวข้ออาจแตกต่างกันในบทความวิชาการแต่ละเรื่อง โดยผู้เขียนจะเขียนทั้งข้อเท็จจริง ข้อมูล ข้อค้นพบต่าง ๆ และแทรกความคิดเห็นของผู้เขียนตลอดจนทรรศนะในด้านต่าง ๆ



5.6 บทสรุป เป็นการสรุปสาระของรายละเอียดในเนื้อหาหรือเสนอเป็นข้อสังเกต ข้อเสนอแนะต่อเนื้อหา การสรุปจะเน้นประเด็นสำคัญหรือประเด็นหลักทำให้ผู้อ่านเห็นภาพของส่วนเนื้อหาได้

5.7 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ เป็นการสื่อสารบอกวิธีการให้ผู้อ่านนำบทความวิชาการไปปรับใช้ในเรื่องหรือประเด็นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

5.8 เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบ APA 7th (American Psychological Association 7th)

6. บทความรายงานผู้ป่วย (Case report)

6.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง สังกัดผู้แต่ง และอีเมลสำหรับติดต่อผู้แต่ง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เขียนตามรูปแบบบทความวิจัย

6.2 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ผู้เขียนสรุปเนื้อหาสาระสำคัญของบทความทั้งหมดให้ผู้อ่านเข้าใจสาระของบทความในภาพรวมเพียงหน้าเดียวซึ่งเขียนอธิบายตามองค์ประกอบ ดังนี้ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา รายงานการศึกษาผู้ป่วย สรุปผล และข้อเสนอแนะ

6.3 บทนำ เป็นความเป็นมาของปัญหาเป็นการเขียนสาระความสำคัญและจุดมุ่งหมายของเรื่องที่จะเขียน ซึ่งจะเป็นการปูพื้นฐานเข้าสู่เนื้อหาของบทความหลักการและเหตุผล หรือความเป็นมาประกอบไปด้วย 1) วัตถุประสงค์เป็นการเขียนเพื่อให้ทราบว่าการเขียนบทความครั้งนี้ต้องการให้ผู้อ่านทราบเรื่องอะไรบ้าง และต้องสอดคล้องกับเนื้อหาของบทความ 2) ขอบเขตของเนื้อหาเป็นการเขียนสิ่งที่ผู้เขียนต้องการจะบอกกล่าวให้ผู้อ่านทราบและเข้าใจตรงกัน เพื่อเป็นกรอบในการอ่าน 3) นิยามศัพท์หรือคำจำกัดความเป็นการเขียนระบุไว้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านกรณีที่คำเหล่านั้นผู้เขียนใช้ในความหมายที่แตกต่างจากความหมายทั่วไปหรือเป็นคำที่ผู้อ่านอาจจะไม่เข้าใจ

6.4 วัตถุประสงค์ เป็นการแสดงเจตนาของผู้เขียนที่ต้องการสื่อสารอะไรให้ผู้อ่านรับทราบ

6.5 วิธีการศึกษา การเขียนวิธีการศึกษารายกรณีควรระบุแบบการศึกษา เช่น การศึกษาเชิงพรรณนาแบบรายกรณี การศึกษาเชิงเปรียบเทียบ แหล่งข้อมูลที่ใช้ เช่น เวชระเบียน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นใคร จำนวนผู้ป่วย เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย เครื่องมือการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักวิชาชีพ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงจริยธรรมและการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

6.6 รายงานการศึกษาผู้ป่วย เนื้อหาควรมีความสอดคล้อง เชื่อมโยง มีความเป็นเหตุผล แสดงข้อมูลด้านการซักประวัติ อาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษและห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษา และกระบวนการพยาบาลตามหลักการ

6.7 สรุปผล สรุปได้ประเด็นสำคัญตามรายงานการศึกษาผู้ป่วยและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

6.8 การอภิปรายผล เขียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นว่าเพราะอะไรทำไมผลลัพธ์ถึงเป็นเช่นนั้นและเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎีได้อย่างมีเหตุผล

6.9 ข้อเสนอแนะ เขียนอธิบายเสนอแนะในประเด็นที่บุคคล/หน่วยงานนำไปใช้ได้จริง

6.10 เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบ APA 7th (American Psychological Association 7th)



หลักการเขียนเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบ APA 7th Edition

1. การเขียน อ้างอิงในเนื้อหา ตามรูปแบบ APA 7th Edition

หลักการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text Citation) ตามแบบ APA 7th Edition มี การอ้างอิงแบบเน้นผู้แต่ง (Narrative citation) และการอ้างอิงแบบวงเล็บ (Parenthetical citation)

1.1 การอ้างอิงแบบผู้แต่ง (Narrative citation)

เป็นการระบุชื่อผู้แต่งในเนื้อหา ตามด้วยปีที่พิมพ์ในวงเล็บ

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

- ผู้แต่ง 1 คน: Smith (2020) found that...
- ผู้แต่ง 2 คน: Johnson and Smith (2022) demonstrated that...
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: Williams et al. (2021) concluded that...

ตัวอย่างภาษาไทย:

- ผู้แต่ง 1 คน: สุชาติ ชูช่วย (2565) พบว่า...
- ผู้แต่ง 2 คน: วินัย กล้าจำนงค์ และวิชัย อาจหาญ (2564) แสดงให้เห็นว่า...
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ (2563) สรุปว่า...

1.2 การอ้างอิงแบบวงเล็บ (Parenthetical citation)

เป็นการระบุทั้งชื่อผู้แต่งและปีที่พิมพ์ในวงเล็บ ท้ายข้อความที่อ้างถึง

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

- ผู้แต่ง 1 คน: ... (Smith, 2020).
- ผู้แต่ง 2 คน: ... (Johnson & Smith, 2022).
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: ... (Williams et al., 2021).

ตัวอย่างภาษาไทย:

- ผู้แต่ง 1 คน: ... (สุชาติ ชูช่วย, 2565).
- ผู้แต่ง 2 คน: ... (วินัย กล้าจำนงค์ และวิชัย อาจหาญ, 2564).
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: ... (สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ, 2563).

1.3 การอ้างอิงงานหลายชิ้นในวงเล็บเดียวกัน

เรียงลำดับตามอักษรของชื่อผู้แต่ง คั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;)

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Several studies have shown similar results (Johnson, 2020; Smith, 2022; Williams et al., 2021).

ตัวอย่างภาษาไทย:

การศึกษาหลายชิ้นแสดงผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน (สุชาติ ชูช่วย, 2565; วินัย กล้าจำนงค์ และวิชัย อาจหาญ, 2564; สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ, 2563)



1.4 การอ้างอิงข้อความโดยตรง (Direct Quotes)

ระบุเลขหน้าโดยใช้ "p." สำหรับหน้าเดียว และ "pp." สำหรับหลายหน้า ในภาษาไทย ใช้ "น."

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

According to Smith (2020), "the results were inconsistent" (p. 45).

"The results were inconsistent" (Smith, 2020, p. 45).

ตัวอย่างภาษาไทย:

ตามทีสุชาติ (2565) กล่าวว่า "ผลลัพธ์ไม่มีความสอดคล้องกัน" (น. 45)

"ผลลัพธ์ไม่มีความสอดคล้องกัน" (สุชาติ, 2565, น. 45)

1.5 การอ้างอิงงานที่ไม่ระบุปีที่พิมพ์

ใช้ "n.d." สำหรับภาษาอังกฤษ และ "ม.ป.ป." สำหรับภาษาไทย

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Johnson (n.d.) argues that...

The study showed significant results (Johnson, n.d.).

ตัวอย่างภาษาไทย:

วิชัย (ม.ป.ป.) ได้แย้งว่า...

การศึกษาแสดงผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ (วิชัย, ม.ป.ป.)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการอ้างอิงในเนื้อหา

1. ความสม่ำเสมอ: ใช้รูปแบบการอ้างอิงอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งเอกสาร
2. ผู้แต่งเป็นองค์กร: ระบุชื่อเต็มในการอ้างอิงครั้งแรก ตามด้วยตัวย่อในวงเล็บ หลังจากนั้นใช้ตัวย่อได้
 - ครั้งแรก: World Health Organization (WHO, 2023)
 - ครั้งต่อไป: WHO (2023)
3. ผู้แต่งมีชื่อซ้ำกัน: เพิ่มตัวอักษรย่อชื่อต้นเพื่อแยกความแตกต่าง
 - Smith, J. (2022) และ Smith, R. (2022)

2. การเขียน เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ตามรูปแบบ APA 7th Edition

1. การเรียงลำดับ: เรียงตามลำดับอักษรของชื่อผู้แต่ง
2. รูปแบบชื่อผู้แต่ง:
 - 2.1 ภาษาอังกฤษ: นามสกุล, อักษรย่อชื่อต้น.
 - 2.2 ภาษาไทย: ชื่อ นามสกุล.
3. การเว้นวรรค: ใช้การเว้นหนึ่งวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอน
4. การจัดรูปแบบ: ย่อหน้าแรกชิดขอบซ้าย และย่อหน้าถัดไปให้เยื้องเข้ามา 0.5 นิ้ว (hanging indent)
5. ชื่อหนังสือและวารสาร: เขียนด้วยตัวเอียง (italics)

2.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสาร

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า. DOI หรือ URL (ถ้ามี)



ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Smith, J. A., & Jones, B. B. (2023). *The impact of climate change on coral reefs*. *Marine Biology*, 45(2), 112-128. <https://doi.org/10.1234/mb.2023.45.2.112>

ตัวอย่างภาษาไทย:

สมศักดิ์ สุขใจ. (2565). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาไทย. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 35(2), 78-95.

2.2 การอ้างอิงจากหนังสือ

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Johnson, M. R. (2022). *Principles of cognitive psychology* (5th ed.). Academic Press.

ตัวอย่างภาษาไทย:

วิชัย วงษ์ใหญ่. (2564). *หลักการพัฒนาลัทธิสัจธรรมและการสอน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.3 การอ้างอิงจากฐานข้อมูลออนไลน์

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า. ชื่อฐานข้อมูล. URL หรือ DOI

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Wilson, K. L., & Kurtz, R. M. (2020). Effects of meditation on stress levels in college students. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 235-249. PsycINFO.

<https://doi.org/10.1177/1359105320912345>

ตัวอย่างภาษาไทย:

พิมพ์ชนก ศรีสุริยะมาตย์. (2563). การวิเคราะห์องค์ประกอบจิตวิญญาณในการทำงานของครูไทย. *วารสารจิตวิทยา*, 25(1), 45-62. ฐานข้อมูล ThaiJO. <https://www.tci-thaijo.org/index.php/psycho/article/view/12345>

2.4 การอ้างอิงข้อมูลต่าง ๆ จากเว็บไซต์

รูปแบบ:

ผู้เขียน. (ปีที่เผยแพร่ หรือ ปี, เดือน วันที่). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่อง. ชื่อเว็บไซต์. URL

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Centers for Disease Control and Prevention. (2023, January 15). *COVID-19 vaccines*.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/index.html>

ตัวอย่างภาษาไทย:

กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 10 มกราคม). *แนวทางการดูแลสุขภาพในช่วงฤดูหนาว*.

<https://www.moph.go.th/health/winter-care-2023>



2.5 การอ้างอิงจากบทความในหนังสือพิมพ์

รูปแบบ:

ผู้เขียน. (ปี, เดือน วันที่). ชื่อบทความ. ชื่อหนังสือพิมพ์, หน้า.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Thompson, A. (2022, June 12). *New education policy faces criticism*. The New York Times, p. A4.

ตัวอย่างภาษาไทย:

ชนพล สุทธิวงศ์. (2565, 17 สิงหาคม). *แนวโน้มเศรษฐกิจไทยปี 2566*. ไทยรัฐ, น. 7.

2.6 การอ้างอิงจากบท/ตอนในหนังสือ

รูปแบบ:

ผู้เขียนบท. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบท. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), ชื่อหนังสือ (น. เลขหน้า). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Adams, P. J. (2021). Cognitive development in early childhood. In R. J. Brown (Ed.), *Child development: A comprehensive guide* (pp. 125-148). Oxford University Press.

ตัวอย่างภาษาไทย:

สุชาดา จิรนนทนาก. (2564). การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์. ใน วิทยา คชเสนี (บ.ก.), *เทคนิคการสอนในศตวรรษที่ 21* (น. 78-96). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.7 การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

รูปแบบ:

ผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อวิทยานิพนธ์ [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล/แหล่งที่มา.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Martinez, R. J. (2020). *The influence of social media on adolescent self-esteem* [Doctoral dissertation, University of Michigan]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

ตัวอย่างภาษาไทย:

ธนวัฒน์ สุขสมบูรณ์. (2563). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าออนไลน์ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังปัญญา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2563/TU_2563_xxxx_xxxx_xxxx.pdf

2.8 การเขียนอ้างอิงจากการประชุมวิชาการ (Proceeding)

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปี, วัน เดือน). ชื่อบทความ. ใน ชื่อการประชุม (หน้า xx-xx). หน่วยงานที่จัดประชุม. URL

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Johnson, A. (2020, December 15). Digital mental health promotion in the new normal. In *Proceedings of the 5th International Conference on Mental Health* (pp. 45-52). World Mental Health Association. <https://wmhconference.org/proceedings2020>

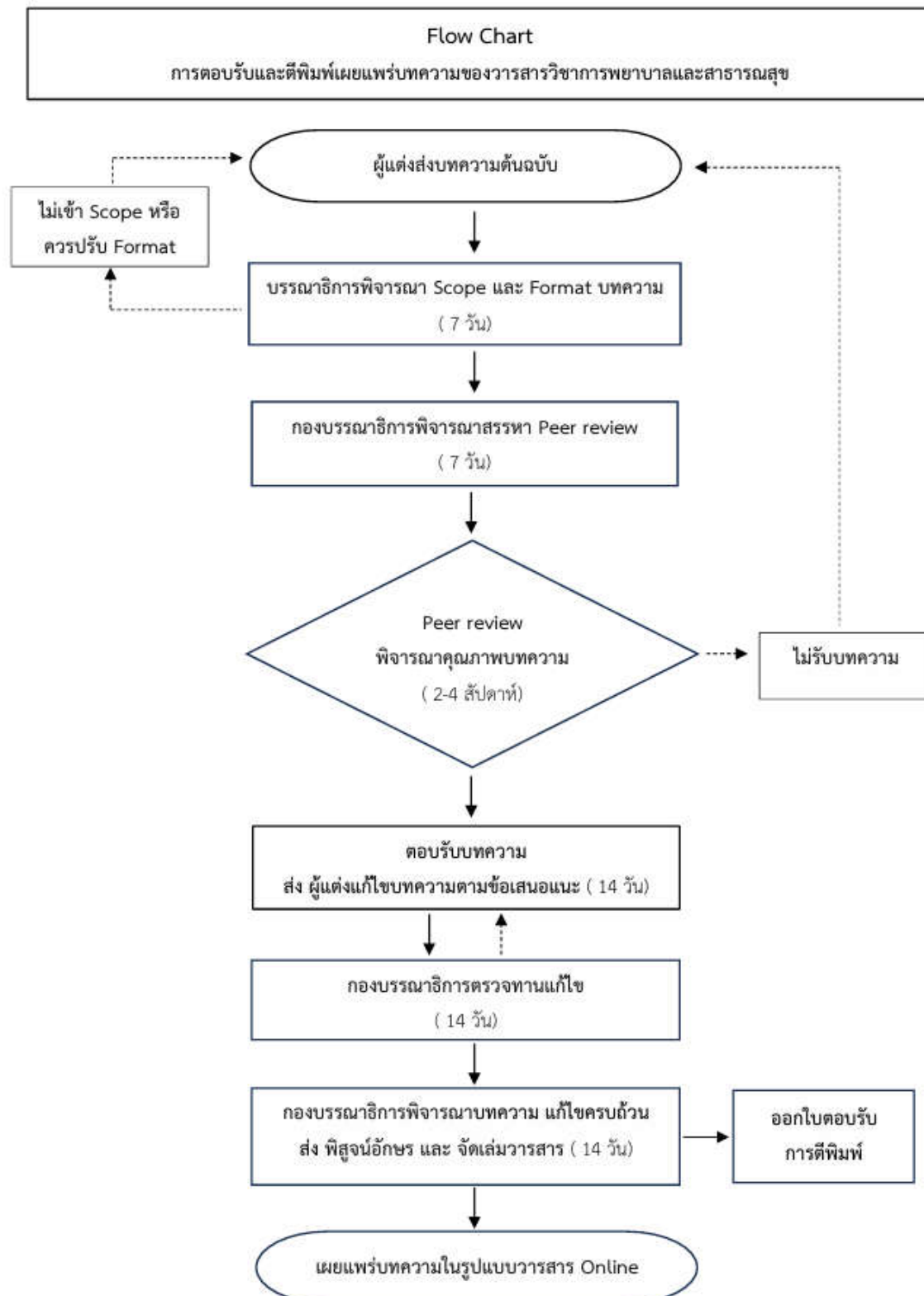


ตัวอย่างภาษาไทย:

อนันต์ พัฒนกุล. (2564, 15 ธันวาคม). การส่งเสริมสุขภาพจิตในยุคดิจิทัล. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติสุขภาพจิต ครั้งที่ 5* (หน้า 45–52). กรมสุขภาพจิต. <https://mhconference.go.th/proceedings2021>

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

1. DOI และ URL: หากมี DOI ให้ใช้ DOI แทน URL โดยเขียนในรูปแบบ <https://doi.org/xxxxxx> (ไม่เขียน "Retrieved from" หรือ "สืบค้นจาก")
2. วันที่สืบค้น: ใส่วันที่สืบค้นเฉพาะกรณีที่ข้อมูลอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เว็บไซต์ที่มีการอัปเดตบ่อย
3. ผู้แต่งหลายคน:
 - o ผู้แต่ง 1-20 คน: ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนโดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และใช้เครื่องหมาย & (ภาษาอังกฤษ) หรือ และ (ภาษาไทย) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
 - o ผู้แต่งมากกว่า 20 คน: ใส่ชื่อผู้แต่ง 19 คนแรก ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค, จุดไข่ปลาสามจุด (...) และชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
4. ไม่ระบุผู้แต่ง: ให้ใช้ชื่อเรื่องแทนชื่อผู้แต่ง
5. ไม่ระบุปีที่พิมพ์: ใช้ (n.d.) สำหรับภาษาอังกฤษ หรือ (ม.ป.ป.) สำหรับภาษาไทย





วารสารวิชาการพยาบาล และสาธารณสุข

ACADEMIC JOURNAL OF NURSING AND PUBLIC HEALTH



มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

