

# วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly  
Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2566

**ชื่อหนังสือ** วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
**เจ้าของ** ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
**ISSN** 2287-0075  
**พิมพ์ที่** บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)  
**ปีที่พิมพ์** พ.ศ. 2566

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและ

ต่างประเทศ

3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

## กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

## ฝ่ายจัดการ

ดร. บังอรศรี จินดาวงค์

นายนิพิฐพนธ์ สีอุปถัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

## สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588

E-mail: chdkku2560@gmail.com

Website: <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

<http://chdkkujournal.com>

<https://www.facebook.com/วารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น>

## หมายเหตุ

- 1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3
- 2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้พิมพ์ จำนวน 3 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

## กองบรรณาธิการ

### ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน  
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

### บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะไต่  
รศ.พญ. วรวิสา ลูวีระ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิมฺมสุทร  
ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลานันท์  
ดร. ชนิษฐา พุมา  
ผศ.ดร. ธีรนุช วรโธสง  
ดร. ดวงใจ วิชัย  
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว  
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพพวง  
ดร. นฎกร อิตุพร  
ผศ.ดร. นฤมล จันทร์มา  
ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร  
ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละคีรี  
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์  
ผศ.ดร. พลภากร สืบสำราญ  
ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล  
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน  
วิทยาเขตสกลนคร  
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร  
คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น  
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี  
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย  
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล  
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ดร. รชยา ยิกุสังข์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรวิมล ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. วรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรธนา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนูอ่อน	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วรวิชัย ขจรรัตนวิชัย	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหาคาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. สุภัทรวาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. อุมภาพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. ภัชชนก รัตนกรปริดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. วาสนี วงศ์อินทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร.จริยา อินทวงศ์มี	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ดร.กุสุมา สว่างพันธุ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต
ผศ.ดร. วรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ดร. ประพนธ์ บุญมี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
ดร. จักรสันต์ เลยหยุด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร. วรรรณา ภาจำปา

ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง

ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละคีรี

ดร. อูมาพร เคนศิลา

ดร. นฤมล จันทร์มา

ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล

ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั้งยืน

ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร

ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร

ดร. วรวิมล ชมพูนาน

ดร. เกศรา แสนศิริทิวีสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี



## บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2566 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาดังความรู้ด้านการพัฒนาศุขภาพชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิด ประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความ ต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal> หรือ <http://chdkkujournal.com/index.php> และ Facebook วารสารการพัฒนาศุขภาพ ชุมชน-มขอนแก่น

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูล เพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับ ทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับ ต่อ ๆ ไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพะที่ดี ของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ



## สารบัญ

ความรู้และแนวปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น	1-18
<i>ศลิษา ราชประสิทธิ์, วริศรา ลูวีระ</i>	
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี	19-36
<i>จัญญศรี ปัญญาดี, วรินทร์มาศ เกษทองมา, วุทธิพงษ์ ภัคดีกุล</i>	
ผลของรูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนักพัฒนาเด็กและครอบครัว ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ	37-53
<i>ทัศนีย์ ร่มเย็น, ประเสริฐ ประสมรักษ์, กฤษณา พรรณรัตน์</i>	
ประสิทธิผลในการใช้โปรแกรม E-claim ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ	55-68
<i>บุญมาก ไชยฤทธิ์, วรินทร์มาศ เกษทองมา, วุทธิพงษ์ ภัคดีกุล</i>	
ผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในแกนนำครอบครัว	69-85
<i>ทัศนีย์ คำชนะ, สมศักดิ์ อินทมา</i>	
การประเมินผลรูปแบบการสร้างสุขภาพะชุมชนสถาบันพระบรมราชชนก : กรณีศึกษาชุมชนบ้านแมด	87-101
<i>นิสากร วิบูลชัย, กัทธ ดานา, แจ่มจันทร์ เทศสิงห์, วุฒิชัย สมกิจ</i>	



## สารบัญ (ต่อ)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้พืชกระท่อมเพื่อสันทนการของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี	103-118
---	---------

สุเมธ นียกิจ, อุษาวดี สุตะภักดิ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุ ทางถนนในพื้นที่ตำบลโคกกลาง อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี	119-131
--	---------

ทรงวุฒิ พันหล่อมใส



# ความรู้และแนวปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น

ศลิษา ราชประสิทธิ์\*, วริศรา ลูวีระ\*\*

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ที่มีความรู้เหมาะสมและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 158 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความชุก สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ 95% Confidence interval, Chi square test และ Independent Samples t-test

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.3 พบว่าสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความรู้เหมาะสม ร้อยละ 11.4 (95% CI: 6.38 – 16.40) ด้านแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องได้คะแนนเฉลี่ย 6.31 คะแนน จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ดังนั้นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขในชุมชนควรรให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 รวมถึงโรคระบาดอื่น ๆ ในชุมชนให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

**คำสำคัญ:** โรคโควิด-19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความรู้

\* โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

\*\* สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author: Salisa Rachprasit, Email: sa.rachprasit@gmail.com

Received 21/11/2022

Revised 20/12/2022

Accepted 12/01/2023

# KNOWLEDGE AND PRACTICES TOWARD COVID-19 AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN URBAN COMMUNITY, KHON KAEN PROVINCE

*Salisa Rachprasit\*, Varisara Luvira\*\**

## ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to determine the proportion of village health volunteers in an urban community in Khon Kaen Province who possessed the appropriate knowledge and practices to deal with a COVID-19 pandemic, which included 158 participants in total. In November 2021, data were collected through a self-administered questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics including prevalence, proportion, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics using 95% confidence interval, Chi square test and Independent Samples t-test.

The results indicated that most of the samples were female (87.3%). It was found that the proportion of village health volunteers with appropriate knowledge was 11.4% (95% CI: 6.38 - 16.40). Regarding guidelines for COVID-19, it was found that the sample group had correct guidelines for COVID-19, receiving an average score of 6.31 points out of 8 points. Therefore, public health agencies in the community should pay attention to promote knowledge development about COVID-19 and other epidemics in the community for village health volunteers continuously and consistently.

**Keywords:** COVID-19, village health volunteers, knowledge

---

\* Sawangdandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province

\*\* Department of Community, Family and Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคโควิด-19 (covid-19) คือ โรคติดต่อที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ถูกรายงานครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือน ธันวาคม 2562 ขณะนี้โรคโควิด-19 (covid-19) มีการระบาดใหญ่ไปทั่วส่งผลกระทบต่อหลายประเทศทั่วโลก<sup>1</sup> องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563<sup>2</sup> ข้อมูลจาก WHO ณ วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 (covid-19) ที่ได้รับการยืนยันแล้ว 185,291,530 ราย มีผู้เสียชีวิต 4,010,834 ราย<sup>3</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่า มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องโดยการระบาดระลอกที่สาม (ระลอกเมษายน 2564) เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2564 ในกรุงเทพมหานคร<sup>4</sup> จากข้อมูล ณ วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 (covid-19) สะสม 317,506 ราย และเสียชีวิตสะสมสูงถึง 2,440 ราย<sup>5</sup> จากสถานการณ์การแพร่ระบาดในปัจจุบันยังคงมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน

จากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (covid-19) ในช่วงเดือนเมษายน 2564 ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และกระจายสู่พื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพของประชาชนอย่างมาก จำเป็นต้องให้

ความสำคัญและเพิ่มความเข้มข้นในการดำเนินมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น โดยประเทศไทยมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกว่า 1,040,000 คน ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนผู้ที่มีจิตอาสาเสียสละเข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้าและเป็นพลังที่สำคัญต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน<sup>6</sup>

การดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. มีกิจกรรมที่สำคัญ เช่น กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน โดยเคาะประตู การให้ความรู้ประชาชน การวัดอุณหภูมิและสังเกตอาการเบื้องต้น การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันตนเอง เป็นต้น<sup>7,8</sup> ประกาศจังหวัดขอนแก่น เรื่องมาตรการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 47 ระบุว่าประชาชนที่เดินทางมาจากพื้นที่ควบคุมสูงสุดต้องรายงานตัวและให้กักกันตนเอง 14 วัน ภายใต้การกำกับของ อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่<sup>9</sup> เห็นได้ว่า อสม. มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเฝ้าระวังและ

ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในระดับชุมชน  
ของประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน และ อสม. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จากโทรทัศน์<sup>10,11</sup> และมีความรู้เกี่ยวกับ covid-19 อยู่ในระดับดี<sup>11-14</sup> มีการปฏิบัติในระดับที่เหมาะสม<sup>8,11,13</sup> ซึ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ที่เหมาะสมและเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ COVID-19<sup>10,11</sup> และเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด่านหน้าที่ต้องเผชิญความเสี่ยงของ COVID-19 ในทุกวัน เนื่องจากสถานการณ์ในปัจจุบันเป็นการระบาดระลอกเมษายน 2564 มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความรู้และแนวปฏิบัติของ อสม. เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในหน่วยปฐมภูมิในสถานการณ์ที่มีการระบาดระลอกใหม่เนื่องจาก อสม. เป็นเจ้าหน้าที่ด่านหน้าในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในระดับชุมชน เพื่อนำข้อมูลจากงานวิจัยไปพัฒนาศักยภาพของ อสม. ต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)**

**วัตถุประสงค์หลัก**

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของ อสม. ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ที่มี ความรู้เหมาะสมเกี่ยวกับโรคโควิด-19

**วัตถุประสงค์รอง**

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติของ อสม. ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น เกี่ยวกับโรคโควิด 19

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ของ อสม. ว่าตนเองมีความรู้ที่เพียงพอ ด้านโรคโควิด 19 กับความถูกต้องของความรู้ ด้านโรคโควิด 19

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความมั่นใจของ อสม. ในแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 กับการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

**วิธีการศึกษา (Method)**

**รูปแบบการศึกษา**

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) จากการให้แบบสอบถามชนิดตนเอง โดยศึกษาใน อสม. ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 161 คน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564

**ประชากร**

อสม. ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น

**เกณฑ์ตัดเข้า** คือ อสม. ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุตั้งแต่

18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย ได้ และมีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

**เกณฑ์คัดออก** คือ อสม. ในชุมชน เมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น ที่มีสภาวะทางการแพทย์ไม่คงที่หรือสภาวะที่ไม่เหมาะสมสำหรับการทำแบบสอบถาม

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ อสม. ในชุมชน เมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป WinPepi แทนค่าโดย Confidence level = 95% , acceptable difference = 0 . 0 4 5 3 , Assumed proportion = 0.453<sup>11</sup>, (optional) population size = 161, expected loss of subjects = 10% ได้ขนาดประชากรตัวอย่าง 134 คน ซึ่งมีผลต่างจากจำนวนประชากรทั้งหมดไม่มากจึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 161 คน

#### ค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

1. ความรู้เหมาะสมเกี่ยวกับโรคโควิด 19 หมายถึง ได้คะแนนในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80

2. แนวปฏิบัติ หมายถึง แนวปฏิบัติของอสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามชนิดตอบเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดและคำตอบไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 - 5 หมายถึง ระดับความรู้ไม่เหมาะสม

คะแนน 6 - 7 หมายถึง ระดับความรู้เหมาะสม

ส่วนที่ 3 แนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ ถ้าปฏิบัติตามแนวทางได้ 1 คะแนนและไม่ปฏิบัติตามแนวทางได้ 0 คะแนน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้เป็นโครงการที่เข้าข่ายไม่ต้องขอรับรองด้านจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากทางหน่วยบริการปฐมภูมิชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยประสานไปยังหัวหน้า อสม. ในแต่ละชุมชน เพื่อขอความช่วยเหลือในการแจกแบบสอบถามชนิดตอบเองให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีการเตรียมจุดตั้งกล่องรับแบบสอบถามไว้ จะ

ไม่มีการรับแบบสอบถามจากมืออาสาสมัครโดยตรง หรือการบังคับให้ส่งแบบสอบถามเมื่อได้ข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลที่ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

นำข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นฐานข้อมูล Microsoft Excel แล้วทำ double entry ด้วยโปรแกรม Epi info for dos เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและใช้โปรแกรม SPSS for Windows version 28 เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูล เพื่อแก้ไขฐานข้อมูลให้ถูกต้อง จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows version 28 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ ค่าความชุก สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ 95% Confidence interval, Chi square test, Independent Samples t-test

### **ข้อพิจารณาทางจริยธรรม**

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้เป็นโครงการที่เข้าข่ายไม่ต้องขอรับรองด้านจริยธรรม เลขที่โครงการ HE641524 โดยเป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยถือเป็น

ความลับ จะไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูลอื่นจะทำให้ผู้อื่นใช้อ้างอิงถึงผู้เป็นเจ้าของข้อมูลได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการวิเคราะห์เพื่อนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งไม่มีผลต่ออาสาสมัครผู้เป็นเจ้าของข้อมูลไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

### **ผลการศึกษา (Results)**

#### **1. ข้อมูลทั่วไป**

จากขนาดตัวอย่างทั้งหมด 161 คน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 158 (ร้อยละ 98.1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 138 คน (ร้อยละ 87.3) มีอายุเฉลี่ย 63.49 ปี ( S.D. 10.994 ) โดยช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 105 คน (ร้อยละ 66.5) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพอื่น 73 คน (ร้อยละ 66.5) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.2 มีประสบการณ์การเป็น อสม. เฉลี่ย 11.16 ปี (S.D.9.548) เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 156 คน (ร้อยละ 98.7) ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ร้อยละ 96.2 และมีความมั่นใจว่ามีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อย่างเหมาะสมสำหรับการดูแลประชากรในชุมชน ร้อยละ 94.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 158)

ข้อมูลทั่วไป	(mean, SD)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		20	12.7
หญิง		138	87.3
อายุ	63.49 (10.994)		
น้อยกว่า 60 ปี		47	29.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี		105	66.5
ไม่ระบุ		6	3.8
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		73	46.2
รับจ้าง		30	19.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว		37	23.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ		6	3.8
เกษตรกรรม/ประมง		2	1.3
อื่น ๆ		7	4.4
ไม่ระบุ		3	1.9
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน		1	0.6
ประถมศึกษา		62	39.2
มัธยมศึกษา		47	29.7
อนุปริญญา/ปวส.		21	13.3
ปริญญาตรี		23	14.6
สูงกว่าปริญญาตรี		3	1.9
ไม่ระบุ		1	0.6
สถานภาพสมรส			
โสด		17	10.8
สมรส		84	53.2
หม้าย		46	29.1
หย่าร้าง/แยกกันอยู่		10	6.3
ไม่ระบุ		1	0.6
รายได้			
ต่ำกว่า 5,000 บาท		72	45.6
5,001 – 10,000 บาท		63	39.9
10,001 – 15,000 บาท		8	5.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 158) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	(mean, SD)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
15,001 – 20,000 บาท		4	2.5
มากกว่า 20,000 บาท		9	5.7
ไม่ระบุ		2	1.3
ประสบการณ์การเป็น อสม. (ปี)	11.16(9.548)		
น้อยกว่า 10 ปี		92	58.2
10-20 ปี		30	19.0
มากกว่า 20 ปี		23	14.6
ไม่ระบุ		13	8.2
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19			
เคย		156	98.7
ไม่เคย		2	1.3
ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
Internet		78	49.4
Facebook/line		84	53.2
โทรทัศน์		152	96.2
หนังสือพิมพ์		46	29.1
อื่น ๆ		23	14.6
คิดว่าตนเองมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคโควิด 19 สำหรับการดูแลประชากรในชุมชน			
ใช่		145	91.8
ไม่ใช่		13	8.2
มีความมั่นใจว่ามีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อย่างเหมาะสมสำหรับการดูแลประชากรในชุมชน			
ใช่		149	94.3
ไม่ใช่		9	5.7
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด19 ในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ไม่มี		1	0.6
ให้ความรู้วิธีการป้องกันโรคโควิด 19		137	86.7
ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง		114	72.2
สังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัยของกลุ่มเสี่ยง (Home Quarantine)		62	39.2
การรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19		122	77.2
อื่น ๆ		5	3.2

## 2. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

มีคะแนนค่าเฉลี่ย 4.65 คะแนน (S.D. 0.829) เมื่อพิจารณาแบ่งตามระดับความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับที่เหมาะสม 18 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 (95%CI:6.38 – 16.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่มีความรู้ถูกต้อง 4 อันดับแรก คือ ไวรัสโควิด 19 สามารถติดต่อจากบุคคลที่ติดเชื้อ แต่ไม่แสดงอาการได้ ผู้ที่ฉีดวัคซีนโควิด 19 ครบแล้วสามารถติดเชื้อโควิด 19 ได้ ผู้ที่

กลับมาจากจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (พื้นที่สีแดงเข้ม) ต้องกักตัว 14 วัน และการสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งเพิ่มโอกาสการนำเชื้อไวรัสโควิด-19 เข้าสู่ร่างกาย (ร้อยละ 97.5, 96.8, 96.2, 94.9 ตามลำดับ) แต่กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการกักตัวของกลุ่มผู้เสี่ยงอาการที่พบบ่อยเมื่อติดเชื้อโควิดและสถานที่ในการรักษาเมื่อติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ที่มีอาการไม่มากตามแนวทางในปัจจุบัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่ตอบคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้อง

ข้อที่	คำถาม	ตอบถูกต้อง คน (ร้อยละ)	ตอบผิด/ไม่แน่ใจ คน (ร้อยละ)
1	บุคคลที่มีประวัติอยู่ในสถานที่เดียวกับผู้ป่วยโควิด-19 แต่ไม่ได้เจอกัน เช่น อยู่คนละชั้น คนละห้อง ไม่ต้องกักตัว (ใช่)	85(53.8)	73(46.2)
2	การสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง แล้วมาสัมผัสใบหน้า ขี้ตา แคะจมูก และสัมผัสปาก เพิ่มโอกาสการนำเชื้อไวรัสโควิด-19 เข้าสู่ร่างกาย (ใช่)	150(94.9)	8(5.1)
3	เมื่อติดเชื้อไวรัสโควิด 19 แล้ว ส่วนใหญ่จะทำให้เกิดปอดอักเสบ (ไม่ใช่)	11(7.0)	147(93.0)
4	ไวรัสโควิด 19 สามารถติดต่อจากบุคคลที่ติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการได้ (ใช่)	154(97.5)	4(2.5)
5	ผู้ป่วยโควิด 19 ทุกคนจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (ไม่ใช่)	30(19.0)	128(81.0)
6	ผู้ที่ฉีดวัคซีนโควิด 19 ครบแล้วสามารถติดเชื้อโควิด 19 ได้ (ใช่)	153(96.8)	5(3.2)
7	ที่กลับมาจากจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (พื้นที่สีแดงเข้ม) ต้องกักตัว 14 วัน ห้ามออกจากบ้านเด็ดขาด (ใช่)	152(96.2)	6(3.8)

### 3. ด้านแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรค โควิด-19

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เฉลี่ย 6.31 คะแนน (S.D. 0.756) (ค่าคะแนนต่ำสุด คือ 4 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 2.5 ค่าคะแนนสูงสุด คือ 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 5.1) (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า แนวปฏิบัติที่ อสม. ปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องมากที่สุด คือ

การประสานกับบุคคลที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิดเพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว (ร้อยละ 99.4) และ ข้อที่ปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องน้อยที่สุด คือ หากมีคนในชุมชนเป็นโควิด 19 ท่านจะประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มาฉีดยาฆ่าเชื้อที่บ้านหลังดังกล่าว (ร้อยละ 13.9) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่ตอบแบบสอบถามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19

คะแนน practice	จำนวน (n=158)	ร้อยละ
4	4	2.5
5	8	5.1
6	89	56.3
7	49	31.0
8	8	5.1
Range 4-8 , mean 6.31 (S.D. 0.756)		

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่ตอบคำถามด้านแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้อง

ข้อที่	คำถาม	ปฏิบัติตามแนวทาง คน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง คน (ร้อยละ)
1	ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านหรืออยู่ร่วมกับคนที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว (ควรปฏิบัติ)	155(98.1)	3(1.9)
2	ท่านล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสหรือจับต้องสิ่งของต่าง ๆ (ควรปฏิบัติ)	154(97.5)	4(2.5)
3	ท่านรับประทานอาหารร่วมกับคนที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวของท่าน (ไม่ควรปฏิบัติ)	65(41.1)	91(58.9)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่ตอบคำถามด้านแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้อง (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ปฏิบัติตามแนวทาง คน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง คน (ร้อยละ)
4	ท่านมีความจำเป็นต้องรู้ว่าคนในชุมชนมีใครเป็นโรคโควิด 19 (ควรปฏิบัติ)	151(95.6)	7(4.4)
5	ท่านยินยอมให้คนในชุมชนที่ติดโควิด 19 เข้าสู่ระบบการรักษาตัวที่บ้านหากผ่านการประเมินจากโรงพยาบาลว่าสามารถรักษาตัวที่บ้านได้ (ควรปฏิบัติ)	144(91.1)	14(8.9)
6	ท่านแนะนำความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ให้กับคนในชุมชนเป็นประจำ (ควรปฏิบัติ)	149(94.3)	9(5.7)
7	หากมีคนในชุมชนเป็นโควิด 19 ท่านจะประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มาฉีดยาฆ่าเชื้อที่บ้านหลังดังกล่าว (ไม่ควรปฏิบัติ)	22(13.9)	136(86.1)
8	หากท่านทราบว่ามีคนในชุมชนในพื้นที่ที่ท่านดูแลกลับมาจากพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด ท่านจะประสานบุคคลดังกล่าวเพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (ควรปฏิบัติ)	157(99.4)	1(0.6)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของ อสม. ว่าตนเองมีความรู้ที่เพียงพอด้านโรคโควิด 19 และมีความมั่นใจในแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 กับความถูกต้องของความรู้ด้านโรคโควิด 19 และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีความรู้ที่เพียงพอด้านโรคโควิด-19

145 คน (ร้อยละ 91.8) โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 4.66 คะแนน (คะแนนเต็ม 7 คะแนน) และมีความมั่นใจว่ามีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อย่างเหมาะสมสำหรับการดูแลประชากรในชุมชน 149 คน (ร้อยละ 94.3) มีคะแนนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เฉลี่ย 6.34 คะแนน (คะแนนเต็ม 8 คะแนน) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent Samples t-test พบว่าการรับรู้ตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับ

โรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value .869) และการรับรู้ด้าน

แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value .0.29) (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของ อสม. กับความถูกต้องของความรู้ด้านโรคโควิด 19 และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

ข้อมูลด้านการรับรู้ของ อสม.	จำนวนคน (ร้อยละ)	ระดับความรู้เหมาะสม		คะแนนความรู้		แนวปฏิบัติ	
		คน (ร้อยละ)	p-value	Mean (SD)	p-value	Mean (SD)	p-value
คิดว่าตนเองมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคโควิด 19 สำหรับการดูแลประชากรในชุมชน			0.661 <sup>a</sup>		0.869 <sup>b</sup>		-
ใช่	145(91.8)	17 (11.7%)		4.66(0.854)		6.32(0.724)	
ไม่ใช่	13(8.2)	1 (7.7%)		4.62(0.650)		6.23(1.092)	
มีความมั่นใจว่ามีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อย่างเหมาะสมสำหรับการดูแลประชากรในชุมชน			0.268 <sup>a</sup>		-		0.029 <sup>b</sup>
ใช่	149(94.3)	18 (12.1%)		4.66(0.843)		6.34(0.733)	
ไม่ใช่	9(5.7)	0 (0.0%)		4.44(0.527)		5.78(0.972)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05

a ทดสอบด้วยสถิติ Chi square

b ทดสอบด้วยสถิติ Independent Samples t-test

### วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ที่ไม่เหมาะสมเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาในกลุ่ม อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ที่เหมาะสม 18 คน (ร้อยละ 11.4)

คะแนนค่าเฉลี่ย 4.65 คะแนน (S.D. 0.829) (ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมต่ำกว่าร้อยละ 80) ในขณะที่การศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษากับ อสม. อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น แต่เป็นการเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 31 มีนาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงก่อนการแพร่ระบาดใหญ่ระลอกเมษายน 2564 พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีคะแนน

ความรู้เฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูง<sup>15</sup> อีกทั้งการศึกษาของ Hussain และคณะศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของผู้ให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศปากีสถาน ปี พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ให้บริการสาธารณสุขมูลฐานมีระดับความรู้ที่ดี ค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย 90.7%<sup>12</sup> โดยสาเหตุที่ทำให้ระดับความรู้ของ อสม. ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ไม่เหมาะสม อาจเกิดจากในการศึกษารั้งนี้ ทำการศึกษาในช่วงที่แตกต่างกันกับการศึกษาที่กล่าวมา รวมถึงข้อมูลจากกรมการแพทย์พบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้น ๆ แล้วไปพักฟื้นที่บ้านหรือการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)<sup>16</sup> ซึ่งความรู้ที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วของโรคอุบัติใหม่ อาจทำให้ อสม. ยังติดตามความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ทัน

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่าความรู้เกี่ยวกับการระบาดของเชื้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 96.8% สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรีดา ก้านแก้ว และคณะซึ่งพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ของ อสม. ในนสูงจังหวัดอุดรธานี มีความรู้ทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านความรู้เกี่ยวกับการระบาดของเชื้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด<sup>17</sup> แสดงให้

เห็นว่า อสม. มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจาก อสม. เป็นด่านหน้าที่สำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน

ด้านแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของ อสม. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติเฉลี่ย 6.31 คะแนน พบว่าหัวข้อที่มีจำนวน อสม. ปฏิบัติมากที่สุด คือ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่บุคคลในชุมชนที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 99.4 สอดคล้องกับงานวิจัยของวันสิริภรณ์ ศาลาคาม และคณะซึ่งพบว่าการปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 ของ อสม. จังหวัดแพร่ มีการปฏิบัติหน้าที่ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในบทบาทด้านการจำแนกกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก อสม. มีการตรวจสอบผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงในพื้นที่ของตนเองในระยะเวลา 14 วัน อย่างสม่ำเสมอ<sup>6</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมที่เป็นนโยบาย จะทำให้ อสม. มีแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ น้อยที่สุด คือ หากมีคนในชุมชนเป็นโควิด 19 ท่านจะประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มาฉีดยาฆ่าเชื้อที่บ้านหลังดังกล่าว (ร้อยละ 13.9) อาจเนื่องจากเกิดความสับสนในการรับข้อมูลข่าวสารจากหลาย ๆ แหล่ง

ซึ่งให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนรวมถึงการขาดความรู้ในด้านรายละเอียดของการติดต่อของโรค โดย อสม. มีความเข้าใจว่าในด้านการติดต่อของโรคโควิด-19 ว่าติดต่อได้ง่ายมากกว่าความเป็นจริง นำไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เห็นได้จากคำถามในข้อความรู้เรื่องบุคคลที่มีประวัติอยู่ในสถานที่เดียวกับผู้ป่วยโควิด-19 แต่ไม่ได้เจอกัน เช่น อยู่คนละชั้น คนละห้อง ไม่ต้องกักตัว พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของ อสม. ยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในข้อนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของ อสม. ว่าตนเองมีความรู้ที่เพียงพอด้านโรคโควิด-19 กับความถูกต้องของความรู้โรคโควิด-19 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนการรับรู้ด้านแนวปฏิบัติที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใกล้เคียงกับงานวิจัยของกาญจนา ปัญญาธร และคณะ ซึ่งพบว่า อสม. ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก แต่พบว่าส่วนใหญ่มีระดับของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 80) และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับมาก<sup>8</sup> แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ว่าตนเองมีความรู้ที่เพียงพอของ อสม. นั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของความรู้ด้านโรคโควิด-19 อาจ

เนื่องจากองค์ความรู้ของโรคอุบัติใหม่ที่มีการเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว แต่ก็สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม เนื่องจาก อสม. ได้รับการอบรมในแนวทางการปฏิบัติของโรคต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคระบาด ซึ่งไม่ได้มีความละเอียดเท่ากับองค์ความรู้ อสม. ที่ การรับรู้ด้านแนวปฏิบัติที่เหมาะสม จึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในปี 2564 ซึ่งมีองค์ความรู้ของโรคโควิด-19 แตกต่างจากปัจจุบัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ พบว่ามีข้อมูลที่น่าสนใจว่าในโรคที่อุบัติใหม่หรือโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงขององค์ความรู้ อสม. อาจจะมีความรู้ที่ไม่ทันกับองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่หรือเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับการได้รับข่าวสารจากหลายช่องทาง ซึ่งอาจทำให้มีความรู้และแนวปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมได้ บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งทำงานร่วมกับ อสม. ในการดูแลประชากรในชุมชน จึงควรมีการจัดอบรมหรือให้ความรู้กับ อสม. อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการวางแผนแนวทางปฏิบัติที่เป็นนโยบายอย่างชัดเจน จะทำให้ อสม. สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### ข้อยุติ (Conclusions)

ประมาณ 1 ใน 10 ของ อสม. ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง มีความรู้เหมาะสมเกี่ยวกับโรค

ไวรัสโควิด-19 โดยความรู้เกี่ยวกับการระบาดของเชื้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ด้านแนวปฏิบัติของ อสม. หัวข้อที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากถูกต้องที่สุด คือ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่บุคคลในชุมชนที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในด้านการรับรู้ของ อสม. ว่าตนเองมีความรู้ที่เพียงพอด้านโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กันกับความถูกต้องของความรู้โรคโควิด-19 ส่วนการรับรู้ด้านแนวปฏิบัติที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

#### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 รวมถึงโรคระบาดอื่น ๆ ในชุมชนให้กับ อสม. อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. ควรมีการติดตาม ประเมินผลแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19

#### เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Coronavirus disease ( COVID- 19) [online] 2021 [cited 2022 Nov 19]; Available from: URL: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19)

ของ อสม. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

3. ควรมีการวางแผนทางปฏิบัติที่เป็นนโยบายอย่างชัดเจน เพื่อให้ อสม. สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

#### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากองค์ความรู้จนถึงปัจจุบัน พบว่า อสม. ที่มีความรู้เหมาะสมเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด-19 การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มากขึ้น รวมถึงมีองค์ความรู้ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่าสัดส่วนของ อสม. ที่มีความรู้เหมาะสมเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด-19 ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอขอบคุณ อสม. ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

- <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
- World Health Organization. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus ( COVID- 19) Dashboard With Vaccination Data** [online] 2022 [cited 2022 Nov 19]; Available from: URL: <https://covid19.who.int/>
  - Panyathorn K, Sapsirisopa K, Tanglakmankhong K, Krongyuth W. Community Participation in COVID-19 Prevention at Nongsawan Village, Chiangpin Sub- district, Mueang District, Udonthani Province. **Journal of Phrapokklao Nursing College** 2021; 32(1): 189-204. [in Thai].
  - Department of Disease Control. **Corona Virus Disease ( COVID- 19)** [online]. 2020 [cited 2022 Nov 20]; Available from: URL: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php> [in Thai].
  - Salakham W, Tanapad J, Taloy T, Chotthitham N, Uttama P, Prakat P, et al. Correlation of Perception Disease Severity to Implementation Role for Control of Coronavirus Disease 2019 in Communities among Village Health Volunteers, Phrae Province. **Journal of Research Innovation and Evidence Based in Healthcare** 2022; 1(1): 29-40. [in Thai].
  - Chinnabutr W, Phakdisorawit N. The Role of Village Health Volunteers (Vhvs) in Preventing the Coronavirus 2019 (Covid-19) Outbreak According To Government Policy of Mueang District Suphanburi Province. **Journal of Social Science and Buddhist Anthropology** 2021; 6 (2): 304-318. [in Thai].
  - Panyathorn K, Sapsirisopa K, Sriboonpimsuay W, Tanglakmankhong K, Srisuwan P. Knowledge, Health Beliefs and Preventing Behaviors of COVID- 19 Among Village Health Volunteers in Cheangpin sub-district, Mueang district, Udonthani Province.. **Udonthani Hospital Medical Journal** 2022; 30(1): 1-11. [in Thai].
  - Khon Kaen Communicable Disease Committee. **Announcement of the Khon Kaen Provincial Communicable Disease Committee No. 47** [online]. 2021 [cited 2022 Nov 21]; Available from: URL: <https://www.khonkaen.go>.

- th/khonkaen6/COVID19/COVID\_DOC/COVID19-47.pdf. [in Thai].
10. Shrestha A, Thapa TB, Giri M, Kumar S, Dhobi S, Thapa H, et al. Knowledge and attitude on prevention of COVID-19 among community health workers in Nepal- a cross- sectional study. **BMC Public Health** 2021; 21(1): 1–13.
  11. Yeunyow T, Boonserm P. The Relationship between Knowledge and Attitude Toward on Prevention Behavior of Coronavirus Infection 2019 ( COVID- 19) Among Female Village Health Volunteer(VHV), Surin Province. **Medical Journal of Srisaket Surin Buriram** 2020; 35(3): 555-564. [in Thai].
  12. Hussain I, Majeed A, Imran I, Ullah M, Hashmi FK, Saeed H, et al. Knowledge, Attitude, and Practices Toward COVID- 19 in Primary Healthcare Providers: A Cross-Sectional Study from Three Tertiary Care Hospitals of Peshawar, Pakistan. **Journal of Community Health** 2021; 46(3): 441-449.
  13. Janpleng J, Deakhunthod S. A study of knowledge, attitudes and behaviors in the prevention and control of COVID- 19 local public health volunteers of Banna district, Nakhon nayok Province. **Journal of MCU Social Development** 2022; 7(1): 15–33. [in Thai].
  14. Mohammed ASE. Knowledge, Attitudes, and Practices towards COVID- 19 among Health Care Workers in Primary Health Care Units Dar El Salam, Suhag, Egypt. **Sohag Medical Journal** 2021; 25(1): 50–8.
  15. Linla N, Kamsa- ard S. Factors Associated with Coronavirus Disease 2019 Prevention Practice of Village Health Volunteer in Chumphae District, Khon Kaen Province. **Academic Journal of Community Public Health** 2022; 8(3):8–24. [in Thai].
  16. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. **Guidelines for healthcare professionals to provide patient guidance and home isolation of covid- 19 patient services on July 1, 2021** [online]. 2021 [cited 2022 Nov 21]; Available from: URL: [https://covid19.dms.go.th/Content/Select\\_Landding\\_page?contentId=136](https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=136)
  17. Kankaew P, Kaewyim S, Kumnuan K, Sophokham K, Rattanapinvong T, Taengyotha M, et al. Knowledge and Practice in Controlling and Preventing

Coronavirus Disease 2019 ( COVID -  
19 ) of Public Health Volunteers in Non  
Soong Community Village, Udon

Thani Province. **Journal of Research  
Innovation and Evidence Based in  
Healthcare** 2022: 1(1); 41-55. [in Thai].

# ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี

จรรยาศรี ปัญญาดี\*, วรินทร์มาศ เกษทองมา\*\*, วุทธิพงศ์ ภัคดีกุล\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและการป้องกันโรคเบาหวาน และภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วย 78 คน ในปี พ.ศ. 2564 อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการป้องกันโรคเบาหวาน ที่ถูกต้อง มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** โรคเบาหวาน, โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน

---

\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี

\*\* มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Corresponding Author: Warinmad Kedthongma, Email: warinmad.k@ku.th

Received 09/12/2022

Revised 10/01/2023

Accepted 08/02/2023

## THE EFFECT OF A HEALTH BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAM AMONG THE DIABETES RISK GROUP IN NABUO SUB-DISTRICT, PHEN DISTRICT, UDON THANI PROVINCE

*Jaroonsri Panyadee\**, *Warinmad Kedthongma\*\**, *Wuttiiphong Pakdeekul\*\**

### ABSTRACT

This Quasi-experimental Research aimed to compare the prevention behavior of Diabetes Mellitus and health status in 78 Diabetes risk groups in the year 2021 in Phen District, Udon Thani Province. Data were collected by interview form with reliability of 0.85. Data were analyzed by descriptive statistics, and t-tests.

The results found that after using the program, the experimental group had mean scores of correct diabetes prevention behaviors more than before using the program at a statistically significant level of .05, and higher than the control group at a statistically significant level of .05. In addition, after using the program the mean body mass index, waist circumference, and blood sugar levels in the experimental group were lower than before the program at .05 level, and lower than that of the control group, statistically significant at the .05 level.

**Keywords:** Diabetes Mellitus, Health Behavioral Change Program, Risk Group

---

\* Nabuo Sub-district Health Promoting Hospital, Phen District, Udon Thani Province

\*\* Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม องค์การสหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้ประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2035 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นถึง 382 ล้านคนทั่วโลก ประมาณการว่าปี พ.ศ. 2573 พื้นที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มจาก 58.7 ล้านคน เป็น 101 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 72.00 ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในระบบเมตาบอลิซึม (Metabolism Syndrome) ภาวะน้ำตาลสูงเรื้อรังอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมา<sup>1,2</sup>

สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าประชากร 100 คน จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 8 คน ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 9.60 และป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงร้อยละ 99.00 จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในปี พ.ศ. 2547 พบว่า มีความชุกของการเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 6.90 หรือประมาณ 3.20 ล้านคน และประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 8.00 หรือประมาณ 4.7 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2568) และประเทศไทย มีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป แสดงว่าประชาชนประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดไม่

ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน ดังนั้นการคัดกรอง (Screening test) จึงมีประโยชน์ในการค้นหาผู้ซึ่งไม่มีอาการให้ได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายตามมา<sup>3</sup>

ปี พ.ศ. 2560-2562 พบความชุกของโรคเบาหวานจังหวัดอุดรธานีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.48, 4.59 และ 4.91 ตามลำดับ ขณะที่อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 2.09, 1.65 และ 1.95 ตามลำดับ<sup>4</sup> สถานการณ์โรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบความชุกของโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 5.28, 5.31 และ 5.78 ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 2.04, 2.29 และ 2.89 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน นอกจากนี้ ข้อมูลปรากฏการณ์ในตำบลนาบัว ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 2.64, 4.11 และ 4.24 ตามลำดับ และอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 1.06, 1.37 และ 2.46<sup>5</sup> โดยในจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นนี้พบว่ามีประวัติเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมาก่อนถึงร้อยละ 90.60<sup>6</sup>

บริบทของตำบลนาบัว มีต้นทุนทางสังคมที่สามารถสนับสนุนการรับรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพได้ดี คือ บุคคลต้นแบบสุขภาพดีด้านการป้องกันโรคเบาหวาน ที่เป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จนสามารถเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดี สามารถเป็นแบบอย่างต่อบุคคลอื่นได้ ดังนั้นเมื่อนำรูปแบบในการสร้างเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองที่ยั่งยืนสิ่งที่สำคัญคือการพัฒนาความรู้และทักษะส่วนบุคคลรวมทั้งการทดลองปฏิบัติ จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป<sup>7</sup> ดังนั้นการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Roger) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (Hose) มาใช้ร่วมกับในรูปแบบของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน โดยใช้ตัวแบบของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี<sup>8-11</sup> จัดเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ดียิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ การคาดหวังในความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ภาวะสุขภาพในด้านค่าดัชนี-มวลกาย รอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ของประชาชน

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนี-มวลกาย รอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

#### วิธีการศึกษา (Method)

##### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test post-test two group designs)

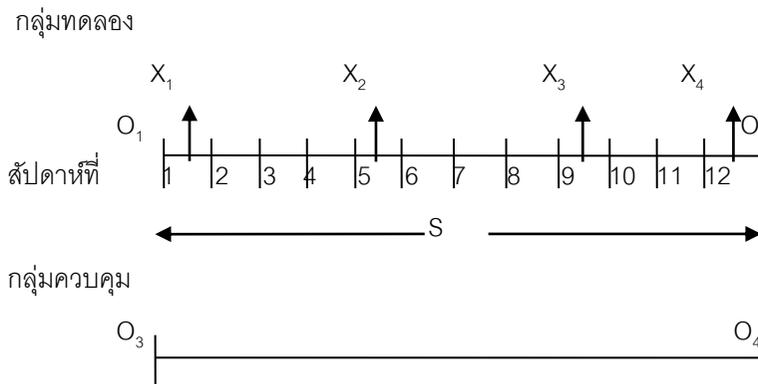
##### วัสดุและวิธีการ

สิ่งแทรกแซงที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ และทบทวนจากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จัดสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ดำเนินการวิจัยตาม โปรแกรมปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ

จังหวัดอุดรธานี ดังนี้



ภาพที่ 1 กระบวนการ ขั้นตอนการวิจัย

โดยกำหนดให้

$O_1$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง

$O_3$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม

$X_1$  หมายถึง การอบรมเชิงปฏิบัติการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน

โรคเบาหวานเมื่อเริ่มโครงการ หลักสูตร  
1 วัน

$X_2$  หมายถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ  
ต่อสู้โรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวาน ห่างกันครั้งละ 1 เดือน  
สาธิตกิจกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่  
ช่วยควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน และลงมือ  
ฝึกทำอาหารสุขภาพสูตร "วิถีธรรมพลังพุทธ  
ย่ำยีมาร วรรณะ 9" ของหมอเขียว

$X_3$  หมายถึง กิจกรรมการรวมกันออก  
กำลังกายด้วยรูปแบบ "ไม้ไผ่ชูกำลัง" ทุกเช้า

ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อย่างน้อยวันละ 1  
ชั่วโมง

$X_4$  หมายถึง กิจกรรมการรวมกลุ่ม  
สมาชิกที่เข้าโครงการนำวัตถุประสงค์การ  
ทำอาหารสูตรวิถีธรรมพลังพุทธย่ำยีมาร  
วรรณะ 9 มารวมกันปรุงและแบ่งกันไปกิน  
หลังจากออกกำลังกายแล้วทุกเช้าของวัน  
จันทร์ พุธ ศุกร์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

S หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมจาก  
ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.)

$O_2$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลัง  
การทดลองในกลุ่มทดลอง

$O_4$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลัง  
การทดลองในกลุ่มควบคุม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ  
กลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง

แยกออกเป็นพื้นที่ตำบลนาบัว เป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด 75 คน และพื้นที่ตำบลบ้านเหล่า เป็นกลุ่มควบคุมทั้งหมดจำนวน 84 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานในแต่ละตำบลเข้าสู่โปรแกรม และพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกประกอบกรเลือกตัวอย่างกลุ่มละ 39 คน รวม 78 คน

### **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

แบบ สัมภาษณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

- 1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
- 2) ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องการป้องกัน
- 3) ตอนที่ 3 แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
- 4) ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

นำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสร้างแป้น อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้เท่ากับ 0.85

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

- 1) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกิจกรรม
- 2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 3) ขึ้นประเมินผล ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 หลังจากให้กิจกรรมตามโปรแกรม ฯ แล้วเสร็จ รายละเอียดดังนี้

3.1) เก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งน้ำหนักวัดสวนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย และวัดรอบเอว

3.2) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี (post -test)

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้เป็นการทดสอบตามสมมติฐานการวิจัยกรณีเป็นการเปรียบเทียบภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติ Paired t-test การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติ Independent t-test

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัส UDREC 1364

**ผลการศึกษา (Results)**

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน**

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 78 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 39 คน กลุ่มควบคุม 39 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 69.20 และ 66.70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 51.18 ปี (S.D.= 7.20) กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 52.87 ปี (S.D.= 7.38) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 48.70 และ 48.72 ตามลำดับ ผลการ

ตรวจประเมินสภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 28.80 กก./ม<sup>2</sup> (S.D.= 3.42) และ 28.83 กก./ม<sup>2</sup> (S.D.= 3.82) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-29 กก./ม<sup>2</sup> ร้อยละ 66.67 และ 71.80 ตามลำดับ ค่าเส้นรอบเอวเฉลี่ยโดยรวม 94.14 เซนติเมตร (S.D.= 7.94) และ 94.04 เซนติเมตร (S.D.= 8.00) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เส้นรอบเอวอยู่ระหว่าง 85-89 เซนติเมตร ร้อยละ 28.21 และ 30.77 ตามลำดับ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 110.10 mg/dl (S.D.= 8.07) และ 112.67 mg/dl (S.D.= 8.54) ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-109 mg/dl ร้อยละ 58.97 และร้อยละ 46.15 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>				
ชาย	12	30.8	13	33.3
หญิง	27	69.2	26	66.7
<b>2. อายุ (ปี)</b>				
อายุเฉลี่ย	51.18		52.87	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.20		7.38	

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง  
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>3. การออกกำลังกาย</b>				
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	4	10.3	2	5.13
ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ	16	41.0	18	46.15
ไม่ออกกำลังกาย	19	48.7	19	48.72
<b>4. ภาวะสุขภาพ</b>				
- ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)				
ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย	28.80		28.83	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.42		3.82	
- ค่าเส้นรอบเอว (เซนติเมตร)				
เส้นรอบเอวเพศชาย	98.26		92.85	
เส้นรอบเอวเพศหญิง	92.84		94.56	
เส้นรอบเอวเฉลี่ย	94.14		94.04	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.94		8.00	
- ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)				
ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย	110.10		112.67	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.07		8.54	

**2. ความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง  
ในความสามารถของตน และภาวะ  
สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน**

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เฉลี่ย 18.02(S.D.= 2.18) การรับรู้ความรุนแรงของโรค เฉลี่ย 32.00 (S.D.= 2.80) การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคเบาหวาน เฉลี่ย 20.31 (SD=2.67) ความคาดหวังในความสามารถเฉลี่ย 27.48 (SD=3.37) ความคาดหวังในประสิทธิผล เฉลี่ย 33.67 (SD=1.94)

แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละด้านของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรม ฯ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ด้านโดยด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 34.62, S.D. = 1.39$ ) รองลงมา คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 34.33, S.D. = 1.47$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความรู้เรื่องการป้องกันโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ( $\bar{X} = 20.18, S.D. = 0.85$ )

ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้าน ดังตารางที่ 2  
มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน ในทุก ๆ

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
<b>ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเบาหวาน</b>				
กลุ่มทดลอง	18.02	2.18	20.18	0.85
กลุ่มควบคุม	18.00	2.71	18.03	2.67
<b>แรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวาน</b>				
<b>- การรับรู้ความรุนแรงโรคเบาหวาน</b>				
กลุ่มทดลอง	32.00	2.80	34.33	1.47
กลุ่มควบคุม	31.57	2.95	31.28	3.06
<b>- การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคเบาหวาน</b>				
กลุ่มทดลอง	20.31	2.67	22.85	1.37
กลุ่มควบคุม	19.41	2.45	19.46	2.57
<b>- ความคาดหวังในความสามารถ</b>				
กลุ่มทดลอง	27.48	3.37	31.72	3.67
กลุ่มควบคุม	27.07	3.36	27.13	3.36
<b>- ความคาดหวังในประสิทธิผล</b>				
กลุ่มทดลอง	33.67	1.94	34.62	1.39
กลุ่มควบคุม	33.12	2.33	32.79	2.69

ด้าน พฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน ก่อนทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม เฉลี่ย 49.05

(SD=7.44) แต่เมื่อหลังใช้โปรแกรมฯของ กลุ่มทดลองภาพโดยรวม มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น ( $\bar{X} = 71.74$ , S.D.= 8.61) โดยด้าน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด ( $\bar{X} = 46.46$ , S.D.= 7.04) รองลงมา คือ ด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องที่มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 23.33$ , S.D.= 2.52) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งสองด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องมี

ค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ( $\bar{X} = 35.60$ , S.D.= 3.40), ( $\bar{X} = 13.31$ , S.D.= 3.58) ตามลำดับ ด้านภาวะสุขภาพ ในส่วนดัชนีมวลกาย, เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ลดลง ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย, เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
<b>พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน</b>				
<i>- โดยภาพรวม</i>				
กลุ่มทดลอง	49.05	7.44	71.74	8.61
กลุ่มควบคุม	48.48	4.67	48.67	4.23
<i>- ด้านการบริโภคอาหาร</i>				
กลุ่มทดลอง	35.62	4.76	46.46	7.04
กลุ่มควบคุม	35.26	3.70	35.60	3.40
<i>- ด้านการออกกำลังกาย</i>				
กลุ่มทดลอง	13.44	4.12	23.33	2.52
กลุ่มควบคุม	13.23	3.68	13.31	3.58
<b>ภาวะสุขภาพ</b>				
<i>- ดัชนีมวลกาย</i>				
กลุ่มทดลอง	28.85	3.55	26.84	2.57
กลุ่มควบคุม	28.92	3.80	28.97	3.85
<i>- เส้นรอบเอว</i>				
กลุ่มทดลอง	94.50	8.30	90.10	7.61
กลุ่มควบคุม	94.36	8.03	94.37	7.92
<i>- ระดับน้ำตาลในเลือด</i>				
กลุ่มทดลอง	110.10	8.07	97.90	11.33
กลุ่มควบคุม	112.67	8.54	112.87	8.50

### 3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานที่ถูกต้องโดยภาพรวม มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 11.60, p < 0.0001$ )

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $35.62 \pm 4.76$  และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นเฉลี่ย  $46.46 \pm 7.04$  โดยมีระดับคะแนนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.001$ )

พฤติกรรมด้านด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านด้านการออกกำลังกายก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $13.44 \pm 4.12$  และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย  $23.33 \pm 2.52$  โดยมีระดับคะแนนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.001$ )

ภาวะสุขภาพ ด้านดัชนีมวลกาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $28.85 \pm 3.55$  และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านดัชนีมวลกาย ลดลงเฉลี่ย  $26.84 \pm 2.57$  โดยมีระดับคะแนนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.001$ )

เส้นรอบเอว มีค่าเฉลี่ยคะแนนเส้นรอบเอว ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $94.5 \pm 8.3$  และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเส้นรอบเอว ลดลงเฉลี่ย  $90.1 \pm 7.61$  โดยมีระดับคะแนนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.007$ )

ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ  $97.89 \pm 11.32$  ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ  $113.74 \pm 8.44$  โดยมีระดับคะแนนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.0001$ )

ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่ถูกต้องโดยภาพรวม ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และค่าเฉลี่ยภาวะ สุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน</b>							
<b>- โดยภาพรวม</b>							
กลุ่มทดลอง	49.05	7.44	71.74	8.61	13.81	38	<0.0001**
กลุ่มควบคุม	48.48	4.67	48.67	4.23	0.398	38	0.693
<b>- ด้านการบริโภคอาหาร</b>							
กลุ่มทดลอง	35.62	4.76	46.46	7.04	3.53	38	0.001*
กลุ่มควบคุม	35.26	3.7	35.6	3.4	0.30	38	0.766
<b>- ด้านการออกกำลังกาย</b>							
กลุ่มทดลอง	13.44	4.12	23.33	2.52	4.71	38	0.001*
กลุ่มควบคุม	13.23	3.68	13.31	3.58	0.443	38	0.661
<b>ภาวะสุขภาพ</b>							
<b>- ดัชนีมวลกาย</b>							
กลุ่มทดลอง	28.85	3.55	26.84	2.57	3.44	38	0.001*
กลุ่มควบคุม	28.92	3.8	28.97	3.85	0.444	38	0.659
<b>- เส้นรอบเอว</b>							
กลุ่มทดลอง	94.5	8.3	90.1	7.61	2.89	38	0.007*
กลุ่มควบคุม	94.36	8.03	94.37	7.92	0.038	38	0.97
<b>- ระดับน้ำตาลในเลือด</b>							
กลุ่มทดลอง	110.1	8.07	97.9	11.33	6.29	38	<.00001**
กลุ่มควบคุม	112.67	8.54	113.74	8.44	0.219	38	0.828

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี ที่ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ร่วมกับแรง

สนับสนุนทางสังคมของเฮาส์มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมฯ ภายหลังจากการใช้โปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ความ

คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยทางสถิติ และยังพบว่าภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯอย่างมีนัยทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

**1. การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตน เรื่องการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า** หลังใช้โปรแกรมฯกลุ่มทดลองมีความรู้ **การรับรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตน** เรื่องการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากในกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคเบาหวาน ผ่านกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วยบรรยายประกอบสื่อ Power point แบบจำลองอาหารเพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยนอาหารในชีวิตประจำวัน บอร์ดแสดงปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม ภายหลังการอบรมกลุ่มทดลอง จากการที่ได้รับความรู้หลายรูปแบบทำให้เกิดพัฒนาการทางความจำได้ ในเนื้อหาความรู้นั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดการเรียนรู้ได้มากยิ่งขึ้น จากกิจกรรมดังกล่าวมาทั้งหมดส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ

อย่างชัดเจน สำหรับกลุ่มควบคุมมีการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานด้วยการให้คำแนะนำในลักษณะการให้คำแนะนำที่ไม่มีรูปแบบสื่อประกอบหลายรูปแบบ ทำให้การเรียนรู้ไม่มีพัฒนาการเท่ากลุ่มทดลอง

ทั้งนี้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา หนูอินทร์ และคณะ<sup>12</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมนัดทำ 9 ทำด้วยกะลาเพื่อลดอาการขาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาของนิภาพันธ์ สุขสวัสดิ์ และคณะ<sup>13</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าสะท้อน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี การศึกษาของเปรมทิพย์ คงพันธ์<sup>14</sup> ที่ทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาของนงลักษณ์ เทศนา และคณะ<sup>15</sup> ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง การศึกษาของวรรณศิริ ประจันโน และคณะ<sup>16</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตัวเองของผู้ที่เป็นเบาหวานในชุมชนบ้านคลองเหล็กบนอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี โดยหลังการดำเนินงานวิจัยดังกล่าวผู้ป่วยมีความรู้ การ

รับรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตน  
เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

**2. การเปรียบเทียบพฤติกรรม การ  
ป้องกันโรคเบาหวาน** ภาวะสุขภาพ ได้แก่  
ค่าดัชนีมวลกาย ค่าเส้นรอบเอว และค่าระดับ  
น้ำตาลในเลือด ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้  
โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การ  
บริโภคอาหารและมีพฤติกรรม การออกกำลังกาย  
ที่ถูกต้อง มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ  
และมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่ม  
ทดลองได้รับการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เรื่อง  
พฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออก  
กำลังกาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบ  
ทั้งด้านบวกและด้านลบ และบุคคลต้นแบบ  
สุขภาพดีด้านป้องกันโรคเบาหวาน การได้รับความ  
รู้จาก การสาธิต การได้รับการฝึกปฏิบัติ  
การเยี่ยมบ้านของ อสม. และบุคคลต้นแบบ  
สุขภาพดีด้านป้องกันโรคเบาหวาน อย่าง  
ต่อเนื่อง กิจกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดการ  
เปลี่ยนแปลงการรับรู้เรื่อง การป้องกัน  
โรคเบาหวาน ของบุคคล ส่งผลให้เกิดการ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีที่กล่าวไว้  
ทำให้หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมี  
พฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานถูกต้อง  
โดยภาพรวม มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และ  
มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่มีกิจกรรมการ  
ส่งเสริมการรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันโรค  
และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีแบบแผน  
อย่างต่อเนื่อง

ส่วนภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย  
ค่าเส้นรอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด  
ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่ม  
ทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย ค่าเส้นรอบเอว  
และค่าระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่าก่อนใช้  
โปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม  
เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับรู้แรงจูงใจในการ  
ป้องกันโรคเบาหวาน ทั้ง 4 ด้าน ร่วมกับการ  
ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากโปรแกรมฯ  
ที่จัดให้ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรม การบริโภคอาหาร และพฤติกรรม  
การออกกำลังกายที่ถูกต้อง อีกทั้งยังมีโอกาส  
เห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเองในการ  
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละเดือน จากการ  
ข้อมูลสะท้อนกลับ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบ  
เอว ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ติดต่อกัน  
3 เดือน ซึ่งการที่มีน้ำหนัก เส้นรอบเอวและ  
ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เป็นการ  
สะท้อนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
สุขภาพที่ดี ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ถูกต้องในการ  
ป้องกันโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้  
ค่าดัชนีมวลกาย ค่าเส้นรอบเอว และค่า  
ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงน้อยกว่าก่อนใช้  
โปรแกรมฯ และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่มี  
กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้แรงจูงใจในการ  
ป้องกันโรคเบาหวานและแรงสนับสนุนทาง  
สังคมอย่างชัดเจน

ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ  
นวลนิตย์ไชยเพชร และคณะ<sup>17</sup> ที่ทำวิจัยเรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอบึงเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี การศึกษาของเปรมทิพย์ คงพันธ์<sup>14</sup> ที่ทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรม สุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาของนางลักษณ เทตนา และคณะ<sup>15</sup> ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมทั้ง การศึกษาของ Kedthongma<sup>18</sup> ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอีสานในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 รวมทั้งการศึกษาของวรรณศิริ ประจันโน และคณะ<sup>16</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม การดูแลทำตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน ในชุมชนบ้านคลองเหล็กบน อำเภอบางใหม่ จังหวัดจันทบุรี โดยหลังการดำเนินงานวิจัย ดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะสุขภาพ ที่เกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานดีขึ้น เช่นกัน

### ข้อยุติ (Conclusions)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอบึงเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประสิทธิผลสามารถ

ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการ ป้องกันโรคเบาหวานได้

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปขยายผลใน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทั้งหมดในตำบลนาบัว หรือตำบลอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับตำบล นาบัว เช่น ตำบลบ้านเหล่า เป็นต้น

2. รูปแบบการจัดกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรมีความ หลากหลายของวิธีการและสื่อในการเรียนรู้ และควรปรับให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนิน ชีวิตของประชาชน และบริบทของพื้นที่ที่จะ นำไปใช้

3. ควรมีการศึกษาติดตามความ ต่อเนื่องในระยะยาวโดยมีการประเมินผลเป็น ระยะ เพื่อติดตามผลเปรียบเทียบความ ต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะ ยาวในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน เพื่อพัฒนารูปแบบการวิจัยให้มี ประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทชุมชนมากที่สุด

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลนาบัว อำเภอบึงเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี หลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนใช้โปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ จึงสามารถนำรูปแบบดังกล่าวนี้ไป เป็นแนวทางการดำเนินงาน รวมทั้งแนวทางการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่นหรือกลุ่มตัวอย่างอื่น เพื่อยืนยันผลการศึกษามากขึ้น

**กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)**

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาในการให้ข้อมูล

**เอกสารอ้างอิง (References)**

1. Health Systems Research Institute Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary Public Health. **Survey of health conditions of Thai people by Physical examination, the 5<sup>th</sup> time, 2008-2009.** Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2011. [in Thai].
2. Sukusawasd N, Pranprawit A, Petmanee S. Effect of Health Education Program using Applying Self-Efficacy Theory together with Social Support for Self Care of Diabetes Elder Patients of Tha Sa Thon Health Promoting Hospital, Phun Phin District, Surat Thani Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2016; 4(1): 49-65. [in Thai].
3. Ministry of Public Health. **Annual Report.** Nonthaburi: Strategic Work Health Office; 2020. [in Thai].
4. Udon Thani Provincial Public Health Office. **Summary of operating results of NCD.** Udon Thani: Udon Thani Provincial Public Health Office; 2020. [in Thai].
5. Phen District Health Office. **Summary of operating results of NCD.** Udon Thani: Phen District Health Office; 2020. [in Thai].
6. Na Bua Sub-district Health Promoting Hospital. **Report on the results of the government inspection plan.** Udon Thani: Na Bua Sub-District Health Promoting Hospital; 2020. [in Thai].
7. Juthaphakdee N. Executive functions (executive thinking). in the Khmer documentation of the book map The chopping board is framed and storybook content, Project "A storybook created according to the immunity of early childhood". Bangkok: Education Family Association of Thailand; 2015. [in Thai].

8. Chaipet N, Kaewklam U, Sonrat S, Wittayaphan Y. Non Communicable Diseases (NCD's) High Risk Patients: Effectiveness of a Health Behaviors Changing Programs on Health Behavior in Suratthani. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2017; 4(2): 45- 62. [in Thai].
9. Roger RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In J.T Cacioppo and R.E. Petty (eds). **Social Psychophysiology: a Source Book**. New York: Guilford Press; 1983.
10. Hose JS. **Measures and Concept of Social Support in Social Support and Health**. New York: Academic Press; 1981.
11. Bandura A. **Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change psychological**, In Psychologic. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1977.
12. Nooyen S, Kedthongma W, Jaichuang S. Effectiveness of Nine Steps Foot Massage Program by Coconut Shell to Reduce Foot Neuropathy in Diabetic Type II Patients. **Research and Development Health System Journal** 2006; 9(3): 53-60. [in Thai].
13. Tohha S, Kengganpanich T, Kengganpanich M, Benjakul S. The Effects of Dietary Program on Blood Sugar Control among Thai Muslim Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus, Narathiwat Province. **Thai Journal of Health Education** 2020; 43(1): 114-129. [in Thai].
14. Kongpunt P. Effects of Health Education Programs based on Protection Motivation Theory and Social Support on Behaviors to Prevent Complications from Kidney Disease among Type 2 Diabetic Patients. **Journal of Phrapokklao Nursing College** 2016; 27(1): 28-42. [in Thai].
15. Tesana N, Jaipakdee J, Prompukdee B, Pinijluek K. The model development of lifestyle intervention to prevent type 2 diabetes mellitus (DM) in high risk group. **Health Systems Research Institute**. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2015. [in Thai].
16. Wansiri P, Aramsiri R, Gadudom P. Effects of a Self-Foot Care Program

- for People with Diabetes in Klonglekbun Community Thamai District, Chanthaburi Province. **J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center** 2015; 32(2): 126-134. [in Thai].
17. Chaipet N, Kaewklum U, Sittipong S, Wittayapun Y. Non Communicable Diseases (NCD's) High Risk Patients: Effectiveness of a Health Behaviors Changing Programs on Health Behavior in Suratthani. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2017; 4(2): 45-62. [in Thai].
18. Kedthongma W. Risk factors for glyceimic control in diabetic patients. **Research and Development Health System Journal** 2016; 9(3): 1-15.

# ผลของรูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

ทัศนีย์ ร่มเย็น\*, ประเสริฐ ประสมรักษ์\*\*, กฤษณา พรรณรัตน์\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว จำนวน 90 คน ผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กปฐมวัย 239 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว และผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired Sample T-Test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.6 มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 44.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 47.8 โดยรูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน เป็นการพัฒนาและกำหนดบทบาททีมเฉพาะ 3 ทีม ประกอบด้วย 1) ทีมรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อดูแลกลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูที่เห็นความสำคัญเข้าใจ พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ 2) ทีมนักปฏิบัติการพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีอาชีพ เพื่อดูแลกลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูยอมรับแต่ปฏิบัติตามคำแนะนำแบบไม่ต่อเนื่อง และ 3) ทีมนักจัดการพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อดูแลกลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูไม่ยอมรับ ภายหลังจากพัฒนาพบว่า ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวมีศักยภาพและการปฏิบัติตามบทบาทเพิ่มสูงขึ้น ( $p\text{-value} < .05$ ) ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยสูงขึ้น ( $p\text{-value} < .001$ ) เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 97.1 ดังนั้นการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน เป็นกลไกที่ทำให้เด็กในชุมชนมีพัฒนาการที่สมวัยได้

**คำสำคัญ:** พัฒนาการเด็กปฐมวัย, ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว, พฤติกรรมการเลี้ยงดู, รูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วม, ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

\*\*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

Corresponding Author: Prasert Prasomruk, Email: prasert.pra@mahidol.edu

Received 12/12/2022

Revised 13/01/2023

Accepted 08/02/2023

# THE EFFECT OF ENHANCING THE PARTICIPATION OF CHILD AND FAMILY CARE TEAM MODEL FOR PROMOTING EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT IN THE COMMUNITY, AMNAT CHAROEN PROVINCE

*Tussanee Romyen\*, Prasert Prasomruk\*\*, Kridsana Punnarut\**

## ABSTRACT

This Action Research aimed to study the effect of enhancing child and family care team model participation for promoting early childhood development in the community of Amnat Charoen Province. The sample is a child and family care team (CFCT) of 90 people and 239 child care parents and early children. Data were collected by questionnaire for CFCT and parent with reliability as 0.83 and 0.87 respectively, and analyzed by inferential statistics, paired sample T-Test, and content analysis.

The results showed that most of the child and family care team were female, 85.6% aged between 50-59 years, 44.4% with a bachelor's degree or higher of 47.8%. The model of enhancing child and family care team participation for promoting early childhood development in the community have 3 roles model team, Well-versed team (child care parent who understand the importance of child development and willingly follow instructions), Practitioners team (child care parent who accept but discontinuous follow instructions), Managers team (child care parent who does not accept instructions). After using this model, it was found that the potential and role-based behavior of child and family care team have increased ( $p\text{-value} < .05$ ), the knowledge, attitudes, and behaviors of the child care parents had been higher too ( $p\text{-value} < .001$ ) accordingly with, the development of early childhood has increased to 97.1%. Therefore, enhancing the participation of the child and family care team can promote early childhood development in the community.

**Keywords:** Childhood development, Child and family care team, Child care parent's behaviors, Participation of development model, Child care parent

---

\*Amnatcharoen Provincial Health Office

\*\*Mahidol University Amnatcharoen Campus

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ ต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาชีวิตที่มั่นคง ด้วยการเรียนรู้ที่จะหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งการลงทุนเพื่อพัฒนาเด็ก ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุดเพราะจะได้ผลตอบแทนกลับมา 6.7-17.6 เท่าของเงินที่ลงทุน<sup>1</sup> จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ<sup>2</sup> โดยประเทศไทยได้รายงานการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระบบฐานข้อมูล Health Data Center พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2563 ที่มีการดำเนินงานตามโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.95 เป็น 88.10<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวขัดแย้งกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรมอนามัยปี 2560 พบว่า ภาพรวมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเด็กที่พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 50-60 เท่านั้น<sup>4</sup> เมื่อพิจารณาตามเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีสัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงสุด ร้อยละ 43.4<sup>5</sup> ในจังหวัดอำนาจเจริญ พบเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 79.45

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ภายหลังจากอายุ 1 ปีครึ่ง จะเริ่มมีแนวโน้มพัฒนาการสมวัยลดลง<sup>6</sup> และมีเพียงร้อยละ 20 ที่สามารถกระตุ้นให้กลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้ดังเดิม โดยแก้ไขปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก<sup>7</sup>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กมี 3 ส่วน ได้แก่ อิทธิพลทางพันธุกรรม ปัจจัยแวดล้อมในครรภ์ และปัจจัยแวดล้อมระยะเกิดและหลังเกิด<sup>8</sup> ทั้งนี้ทฤษฎีด้านพัฒนาการเด็กเกือบทั้งหมดให้ความสำคัญกับปัจจัย 2 ด้าน คือ ด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม<sup>9</sup> ได้แก่ สุขภาพ ภาวะโภชนาการ การเจ็บป่วยของเด็ก การอบรมเลี้ยงดูเด็ก และสภาพของครอบครัวและชุมชน โดยปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาว และเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตาม ครอบครัวเป็นสิ่งแวดลอมแรกที่มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างการเรียนรู้ ซึ่งถ้าครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม จะส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และมีพัฒนาการที่สมวัย<sup>10,11</sup> แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.97$ , S.D.=0.47)<sup>12</sup> ส่วนหนึ่งมาจากครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลเด็กที่ถูกต้องตามพัฒนาการ ไม่มีเวลาดูแลเด็ก ฐานะยากจน

และไม่มีโอกาสเข้าศูนย์เด็กเล็กที่มีคุณภาพ เป็นผลให้เกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้าของเด็ก ตามมา<sup>13</sup> ดังนั้นจึงต้องพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลเด็กในครอบครัวในการ เลี้ยงดูที่มุ่งส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

จากการศึกษารูปแบบการส่งเสริม พัฒนาการเด็กโดยครอบครัว ควรจะมีแนวทาง ดำเนินการ คือ (1) ด้านร่างกาย ผู้ปกครอง ควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมด้านโภชนาการ และกีฬาพร้อมกับเด็ก (2) ด้านอารมณ์ และ จิตใจ การให้คำปรึกษาและทำความเข้าใจกับ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่าง ถูกต้องและเหมาะสม และมีส่วนร่วมใน กิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา (3) ด้านสังคม ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการปลูกฝังให้เด็กมี จิตอาสา เสียสละ แบ่งปัน และให้ ความสำคัญในการแสดงข้อคิดเห็นจาก ผู้ปกครอง (4) พัฒนาการด้านสติปัญญา ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดทำสื่อการเรียน การสอน ให้เด็กเรียนรู้จากประสบการณ์จริง และการใช้สื่อเทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์<sup>14</sup> และเป็นประชาธิปไตย<sup>15</sup> โดยคู่มือ DSPM เป็นสื่อที่จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สำหรับผู้ปกครอง<sup>16</sup> ซึ่งพบว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้ รับการสอนให้ใช้คู่มือ DSPM มีโอกาสเสี่ยง ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่ ได้รับการสอน 8.6 เท่า<sup>17</sup> นอกจากนี้บทบาท ของชุมชนยังเป็นสิ่งสำคัญต่อพัฒนาการเด็ก จะเห็นได้จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การ เพิ่มศักยภาพการทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขร่วมกับ อสม. เยี่ยมบ้านเพื่อให้ คำแนะนำและประเมินพัฒนาการเด็ก ช่วย กระตุ้นพัฒนาการเด็กเฉพาะราย<sup>18,19</sup> ดังนั้น การส่งเสริมศักยภาพและบทบาททีมพัฒนา เด็กและครอบครัว (Child and Family Care Team; CFCT) จึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากปัญหาแนวโน้มเด็กปฐมวัยที่มี พัฒนาการล่าช้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบ กับปัจจัยด้านครอบครัว และชุมชน ที่มี บทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบในการส่งเสริม บทบาททีมขับเคลื่อนพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในชุมชน อันจะทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และ สติปัญญาที่เหมาะสม โดยเฉพาะจังหวัด อำนาจเจริญ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีรายงานพัฒนา สงสัยล่าช้าที่ค่อนข้างสูง เพื่อนำไปขยายผล ในระดับจังหวัดต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1) เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้าง การมีส่วนร่วมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวใน การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมทีมพัฒนาเด็กและ ครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย ในชุมชน ในพื้นที่จังหวัด อำนาจเจริญ

## วิธีการศึกษา (Method)

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) ศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครอง และบทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ร่วมกับแบบสนทนากลุ่ม

2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ โดยผู้วิจัยร่างรูปแบบจากผลการเก็บข้อมูลสถานการณ์และบทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอรูปแบบต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยครอบครัว

3) ทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ระยะเวลา 6 เดือน

4) ศึกษาผลของรูปแบบ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ร่วมกับการสนทนากลุ่มทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1) ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว จำนวน 90 คน โดยแบ่งเป็น 16 ทีม ๆ ละ 5-6 คน

2) เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งที่อยู่ในระบบการศึกษา และนอกระบบการศึกษา จำนวน 21,588 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างแบบประมาณค่าสัดส่วน โดยกำหนดให้สัดส่วนของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ( $P_1$ ) มีค่าเท่ากับ 20.55% และสัดส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่สามารถกระตุ้นให้พัฒนาการสมวัยได้ ( $P_2$ ) มีค่าเท่ากับ 20% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 214 คน เมื่อคิดอัตราการสูญเสียร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 239 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยสอบถามผู้ปกครองเด็กที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ในอัตราส่วน 1:1

### เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อิงเกณฑ์ตาม Bloom<sup>20</sup> แบบประเมินทัศนคติ และพฤติกรรมกรรมการเลี้ยง

ดูของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ อิงเกณฑ์ตาม Best and Kahn<sup>21</sup> และแบบประเมินพัฒนาการเด็ก DSPM

2) แบบเก็บข้อมูลสำหรับทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1) แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคลของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว แบบทดสอบศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตามบทบาทการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน อิงเกณฑ์ตาม Best and Kahn<sup>21</sup>

2.2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อพัฒนาการที่สมวัยแก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ด้วยการสนทนาทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ในพื้นที่คัดสรร จำนวน 3 ครั้ง เพื่อถอดบทเรียน การก่อตั้งทีม การพัฒนาศักยภาพทีม และการดำเนินงานของทีม

2.3) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับคณะกรรมการขอ. จำนวน 30 คน และผู้เลี้ยงดูเด็ก ในจังหวัดยโสธร จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's Coefficient ของแบบสอบถามภาพรวมสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก เท่ากับ 0.87

และแบบสอบถามของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว เท่ากับ 0.83

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือประสานชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานวิจัยต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ นายกองตรีปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่

2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้านเพื่อขอคำยินยอมในการให้เก็บข้อมูลและเข้าร่วมวิจัย ภายหลังจากได้รับการยินยอมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัยก่อนทดลอง (Pre-test) ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565

3) ผู้วิจัยเข้าพบทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวในชุมชน ตามสถานที่ที่ทีมสะดวก อาทิ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นต้น เพื่อขอคำยินยอมในการให้เก็บข้อมูลและเข้าร่วมวิจัย ภายหลังจากได้รับการยินยอมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวก่อนทดลอง (Pre-test) ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565

4) ผู้วิจัยเข้าพบผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้านเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัย ในช่วงเดือนธันวาคม 2565

5) ผู้วิจัยเข้าพบทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวที่ชุมชน ตามสถานที่ที่ทีมสะดวกเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-

test) ในทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ในช่วงเดือนธันวาคม 2565

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติวิเคราะห์ Independent Sample T-test

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อพัฒนาการที่สมวัยแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย สำหรับทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้รับอนุมัติเลขที่ 3/2565 ลงวันที่ 18 เมษายน 2565 โดยผู้วิจัยถือปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

### ผลการศึกษา (Results)

#### 1. สถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครอง บทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว

1.1 การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยผู้เลี้ยงดู มีทั้งครอบครัวที่พ่อแม่เลี้ยงเอง พ่อแม่เลี้ยงดูช่วงเย็นหลังเลิกงานโดยมีปู่ย่าตา

ยายเลี้ยงดูในช่วงกลางวัน และปู่ย่าตายายเลี้ยงดูเองเนื่องจากพ่อแม่ไปทำงานต่างจังหวัดหรือหย่าร้างกัน ผู้เลี้ยงดูที่เป็นปู่ย่าตายายที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรอบรู้ด้านการเลี้ยงดูเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น แต่อาจมีเวลาเลี้ยงดูน้อยลงเนื่องจากยังต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ ด้านการรับรู้ผลการประเมิน ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับแจ้งผลการประเมิน และคำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการแต่ไม่ได้มีการซักถามเพื่อความเข้าใจ และไม่ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการ แต่มีผู้ปกครองบางคนที่ประยุกต์ใช้อุปกรณ์ในครัวเรือนทำของเล่นให้เด็ก อย่างไรก็ตาม มีผู้ปกครองที่ไม่เชื่อในผลประเมินของเจ้าหน้าที่เพราะสังเกตว่าเด็กสามารถทำตามคำสั่งได้ทั้งหมดเมื่ออยู่ที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องการได้รับการพัฒนาทักษะในการเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย การเยี่ยมดูแล การแนะนำจากเจ้าหน้าที่ และอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็ก

1.2 บทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว เพื่อให้การปฏิบัติตามบทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (Child and Family Care Team: CFT) มีประสิทธิภาพจึงต้องพัฒนาศักยภาพทีมในการเสริมสร้างความรู้ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแก่ผู้เลี้ยงดู หลักสูตรการดูแลเฉพาะกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการแตกต่างกัน ควรมุ่งเน้นในประเด็น

การเลือกชื่อของเล่นเด็กที่เหมาะสมกับช่วงวัย การประยุกต์ใช้ของเล่นภูมิปัญญาพื้นบ้านในการส่งเสริมพัฒนาการ ทักษะการแจ้งผลการประเมินอย่างสร้างสรรค์ และทักษะการให้คำแนะนำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้สามารถ

1) เยี่ยมบ้าน ประเมินพัฒนาการ ติดตามการใช้คู่มือ การส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ การบันทึกข้อมูลใน DSPM และรายงานผลการติดตามให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบอย่างต่อเนื่อง 2) แก้ปัญหาแบบบูรณาการร่วมกับกลุ่มองค์กรในชุมชนเพื่อดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้า หรือล่าช้า เด็กที่มีภาวะซีด ภาวะทุพโภชนาการ

**2. รูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน**

เป็นการพัฒนาและกำหนดบทบาททีมส่งเสริมพัฒนาการ 3 ทีม จำแนกตามกลุ่มผู้เลี้ยงดู ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูเห็นความสำคัญเข้าใจ พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ พัฒนาทีมรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ประกอบด้วย อสม. แม่ฮัก เยี่ยมเสริมพลัง ให้คำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการ ประสานแหล่งสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ที่จำเป็น

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูยอมรับแต่ปฏิบัติตามคำแนะนำแบบไม่ต่อเนื่อง พัฒนา

ทีมนักปฏิบัติการพัฒนาการเด็กปฐมวัยมืออาชีพในชุมชน ประกอบด้วย อสม. แม่ฮัก ครูผู้ดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เยี่ยมประเมินข้อจำกัด อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อช่วยแก้ไข ดูแลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูไม่ยอมรับพัฒนาทีมนักจัดการพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ประกอบด้วย กำนัน นายก/ผอ.กองการศึกษา ผอ.รพ.สต./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้มาตรวจการเชิงบูรณาการในการสร้างการยอมรับและปรับเปลี่ยนทัศนคติเพื่อการเลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม

โดยทั้งสามกลุ่มจะได้รับการผูกข้อมือรับขวัญเป็นบุคคลสำคัญในชุมชนในเด็กที่เกิดวันเดียวกัน เพื่อเสริมสร้างพลังในการส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นเด็กปฐมวัยที่เอื้อต่อพัฒนาการเด็ก โดยดำเนินการพัฒนาทีมตามคู่มือฝึกปฏิบัติ และมอบหมายหน้าที่ในการร่วมประเมินพัฒนาการ เยี่ยมดูแล จัดทำ Care Plan ที่สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ประชุมติดตามผลทุกเดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน

**3. ผลของการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.6 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 44.4 สมรสแล้ว ร้อยละ 68.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 47.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่**

15,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 43.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 44.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.2 โดยครอบครัวเด็กปฐมวัย ร้อยละ 73.3 มีความใกล้ชิด เชื้อถือ และศรัทธา

ก่อนการทดลอง ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยศักยภาพในการคัดกรองพัฒนาการและประเมินผล และการใช้สื่อดิจิทัลต่ำที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังการทดลอง ศักยภาพของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว มีศักยภาพเพิ่มเป็นระดับสูงทุกด้าน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลาง 4 ด้านจากทั้งหมด 5 ด้าน ส่วนการปฏิบัติตามบทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว พบว่า ก่อนการทดลองการปฏิบัติตามบทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวทุกด้านอยู่ในระดับ

ปานกลาง โดยด้านการประสานความร่วมมือ ประสานทรัพยากรกับภาคีเครือข่าย และด้านการประเมินพัฒนาการเด็กและการแปลผลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด แต่ภายหลังการทดลองมี 1 ด้าน ที่มีระดับการปฏิบัติตามบทบาทเพิ่มเป็นระดับสูง คือ ด้านการดูแลส่งเสริมพัฒนาการและการจัดแผนการดูแล (Care Plan) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (S.D.=0.80) ส่วนภาพรวมภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยศักยภาพและการปฏิบัติตามบทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวเด็กปฐมวัย พื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบศักยภาพและการปฏิบัติตามบทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ (n=90)

ตัวแปร	Mean (S.D.)		t	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
ศักยภาพของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว	3.59(0.14)	3.85(0.54)	-4.367	<0.001
การปฏิบัติตามบทบาทของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว	3.26(0.14)	3.53(0.79)	-3.101	0.003

**4. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย**

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.3 อายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 65.1 สมรสแล้ว ร้อยละ 81.9 จบการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 25.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 48.7 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.6 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน ร้อยละ 44.1 มีความรักใคร่กันดีในครอบครัว ร้อยละ 92.0

ก่อนการทดลองพบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรู้ที่ถูกต้องน้อยที่สุดเกี่ยวกับการเข้าใจว่าเด็กที่ดูนี้ เป็นพฤติกรรมที่ไม่ต้องแก้ไข และการให้เด็กแรกเกิดดื่มนมแม่ร่วมกับอาหารอื่น ภายหลังการทดลอง ผู้เลี้ยงดูมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กิน กอด เล่น เล่า ภาพรวมอยู่ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 69.0) เป็นร้อยละ 82.8 ส่วนทัศนคติการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ก่อนการทดลองพบว่า ผู้เลี้ยงดูเห็นว่าการให้เด็กปฐมวัยรับประทานอาหารแบบเดียวกับที่

ผู้เลี้ยงดูรับประทานเป็นสิ่งที่เหมาะสม ทั้งนี้ทัศนคติการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูภาพรวมอยู่ระดับมากเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 85.4) เป็นร้อยละ 92.9 และพฤติกรรมกรเลี้ยงดูเด็ก ก่อนการทดลองพบว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่พบมากที่สุดคือ ผู้เลี้ยงดูให้เด็กรับประทานอาหารแบบเดียวกับตนเอง ทั้งนี้พฤติกรรมกรเลี้ยงดูภาพรวมอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 72.8) เป็นร้อยละ 78.6

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กิน กอด เล่น เล่า ทัศนคติและพฤติกรรมกรเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กิน กอด เล่น เล่า ทัศนคติและพฤติกรรมกรเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

ตัวแปร	Mean (S.D.)		t	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	16.41 (2.32)	17.19 (1.73)	4.499	<.001
ทัศนคติการเลี้ยงดู	4.20 (0.44)	4.36 (0.43)	4.547	<.001
พฤติกรรมกรเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย	4.01 (0.39)	4.15 (0.35)	4.264	<.001

5. ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ภายหลังจากทดลองเด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มเป็นร้อยละ 97.1 จากร้อยละ 95.8 ที่ประเมินก่อนการทดลอง โดย

ในรายที่มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 3 คนที่ ภายหลังจากทดลองยังคงมีพัฒนาการล่าช้า เช่นเดิม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สมวัย	229	95.8	232	97.1
สงสัยล่าช้า	7	2.9	4	1.7
ล่าช้า	3	1.3	3	1.3

### วิจารณ์ (Discussion)

1. สถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครอง พบว่า ผู้เลี้ยงดูมีความหลากหลายทั้งที่เลี้ยงดูเองโดยพ่อแม่ กลุ่มที่พ่อแม่เลี้ยงดูเฉพาะหลังเลิกงาน และปู่ย่าตายายเลี้ยงดูเอง ทั้งนี้ผู้เลี้ยงดูที่เป็นปู่ย่าตายายมีสัดส่วนที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรอบรู้ด้านการเลี้ยงดูเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น แต่อาจมีเวลาเลี้ยงดูน้อยลง เนื่องจากยังต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ์ และคณะ<sup>10</sup> พบว่า อายุ และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก นอกจากนี้ในกลุ่มปู่ย่าตายายที่อายุยังน้อยมักจบการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นขั้นต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัย

หนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก และการศึกษาของวชิระ เพ็งจันทร์<sup>3</sup> ที่พบว่าครอบครัวมักขาดความรู้ในการดูแลเด็กที่ถูกต้องตามพัฒนาการ ไม่มีเวลาดูแลเด็ก มีฐานะยากจนทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างครอบครัวด้านโอกาสเข้าศูนย์เด็กเล็กที่มีคุณภาพ ส่งผลต่อรูปแบบการเลี้ยงดูและพัฒนาการที่ต่างกัน โดยพบว่าการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-4 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.98, p=.00$ )<sup>15</sup>

2. รูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน เป็นการพัฒนาและกำหนดบทบาท

ทีมส่งเสริมพัฒนาการ 3 ทีม ได้แก่ กลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูเห็นความสำคัญเข้าใจพร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ กลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูยอมรับแต่ปฏิบัติตามคำแนะนำแบบไม่ต่อเนื่อง และกลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูไม่ยอมรับ โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับการดูแลด้วยทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวที่แตกต่างกัน เสมือนโค้ช (Coach) ซึ่งจะช่วยให้ผู้เลี้ยงดูที่ยังลังเลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้รับข้อมูลจนเข้าใจ เข้าใจ ตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูที่ถูกต้อง และไม่กลับไปมีพฤติกรรม การเลี้ยงดูแบบเดิม ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>22</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลโลกซ์ หนมดมลทิน<sup>19</sup> ที่ศึกษาบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามแนวทาง High Scope พบว่า กลุ่มโค้ชเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยจะเข้าไปช่วยสร้างทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลเด็กปฐมวัยของ ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก<sup>23</sup> ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โดยการสร้างบรรยากาศการยอมรับของชุมชนและคัดเลือกแกนนำชุมชน การสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การทำงานร่วมกัน การระดมความคิดเห็นเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา สำรวจความต้องการและหาแนวทางร่วมกัน การวางแผนการดำเนินงาน การดำเนินงานตามแผนงาน และสรุปประเมินผลรูปแบบ ส่วนการศึกษา

ของ นิชาภัทร คงชุม และคณะ<sup>14</sup> ได้ให้ข้อเสนอแนะทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดังนี้ (1) ด้านร่างกาย ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมด้านโภชนาการ และกิจกรรมการแข่งขันกีฬาโดยมีผู้ปกครองร่วมกิจกรรมด้วย (2) ด้านอารมณ์ และจิตใจ โดยให้คำปรึกษาและทำความเข้าใจกับผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีส่วนร่วมในกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา (3) ด้านสังคม ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการปลูกฝังให้เด็กมีนิสัยรักจิตอาสา รู้จักเสียสละ การแบ่งปัน และให้ความสำคัญในการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากผู้ปกครอง (4) ด้านสติปัญญา ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดทำสื่อการเรียนการสอน ให้เด็กเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและการใช้สื่อเทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์ ตามสาระการเรียนรู้ของหลักสูตรปฐมวัย พุทธศักราช 2560

**3. ผลของการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว** ภายหลังการทดลอง ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว มีศักยภาพและการปฏิบัติตามบทบาทเพิ่มสูงขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์ภัทรณี ไชยชนะแสง<sup>24</sup> ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-2 ปี โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยการ

สร้างเครือข่ายครอบครัวเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการให้ความรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพ ในกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน และเสริมสร้างความรอบรู้เพื่อมุ่งสู่การแก้ปัญหา โดยใช้สถานการณ์ปัญหาในชุมชนเป็นฐาน ทำให้ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวมีทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบนำไปถ่ายทอดให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้ เพื่อควบคุมจัดการสถานการณ์ปัญหาได้ ซึ่งเป็นความรอบรู้ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)<sup>25</sup>

**4. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ทีมพัฒนาเด็ก และครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน** ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้เลี้ยงดูเด็กมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทักษะคิดและพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก<sup>23</sup> ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ผลจากกระบวนการส่งผลให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีระดับความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับสูง มีการปฏิบัติในระดับดี และการศึกษาของ มาลี เอื้ออำนวย และคณะ<sup>26</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล โดยพบว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**5. ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย** พบว่า ภายหลังการทดลองเด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.1 ซึ่งเป็นผลจากการส่งเสริมพฤติกรรม การเลี้ยงดูที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ที่จะไปทำหน้าที่ในการดูแล ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ปกครองอย่างเนื่องตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก<sup>23</sup> ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ผลจากกระบวนการส่งผลให้ครอบครัวเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทำให้เด็กอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 92.5 มีพัฒนาการโดยรวมสมวัย

และการศึกษาของทิพย์ภัรต์ ไชยชนะแสง และคณะ<sup>18</sup> ศึกษารูปแบบศักยภาพของชุมชน ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบดังกล่าว เด็กที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับแผนการกระตุ้น พัฒนาการจนกระทั่งมีพัฒนาการปกติใน 90 วัน ร้อยละ 80.95 และการศึกษาของ กฤติยาณี ธรรมสาร และธนบดี ชุ่มกลาง ที่ ศึกษาผลของกิจกรรมเสริมทักษะสมองสู่ ความสำเร็จต่อระดับทักษะสมองในเด็ก ปฐมวัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่ม ทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะสมองสู่ความสำเร็จ สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>27</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

รูปแบบการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมที่ พัฒนาเด็กและครอบครัวในการส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนที่ดูแลโดยทีม ที่มีศักยภาพสอดคล้องกับพัฒนาการเด็ก ร่วมกับพฤติกรรมกการเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดู โดย ใช้ Care Plan เป็นเครื่องมือติดตาม ส่งผลให้ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกการเลี้ยงดูเด็ก ปฐมวัยดีขึ้น และทำให้เด็กปฐมวัยมี พัฒนาการสมวัยเพิ่มสูงขึ้น

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Walker SP, Wachs TD, McGregor SG, Black MM. Inequality in early childhood: Risk and protective factors

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควร จำแนกกลุ่มเป้าหมายในการดูแลส่งเสริม พัฒนาการในมิติผู้เลี้ยงดูผสานกับการจำแนก ตามผลการประเมินพัฒนาการเด็ก เพื่อให้ สามารถจัดทีมดูแลเด็กและครอบครัวที่ สอดคล้องกับความร่วมมือของผู้เลี้ยงดู โดย ใช้ Care Plan ในการติดตาม สร้างเด็ก อัจฉริยะ แสนดีในชุมชน

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมที่พัฒนา เด็กและครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยในชุมชน ทำให้ผู้เลี้ยงดูมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกการเลี้ยงดูที่มีผลต่อ พัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้จะต้องพัฒนา ศักยภาพทีมชุมชนให้มีศักยภาพที่สอดคล้อง กับพัฒนาการเด็กและพฤติกรรมกการเลี้ยงดู ของผู้เลี้ยงดู โดยใช้ Care Plan เป็นเครื่องมือ

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน เครือข่ายบริการสุขภาพ และผู้ร่วมตอบ แบบสอบถามทุกท่าน

for early child development. *The Lancet* 2011; 378(9799): 1325-1338.

2. Ruangdarakanon N. **Development and intelligence of Thai children.** Bangkok: Photocopies; 2008.
3. Health Data Center (HDC). **Results of child development screening by age group.** [online] 2021 [cited 2021 Dec 4] Available from: URL: <https://hdcservice.moph.go.th/>. [in Thai].
4. Department of Health. **Survey Project on Situation Development and Early Childhood Behavior of Thai Families in 2017.** Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. [in Thai].
5. Pattanapongthorn J, Boonsuwan C, Thanacharoenwatchara N. **A Study of Early Childhood Development in Thailand 2014. Maternal and Child Health Group.** Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health; 2014. [in Thai].
6. Amnat Charoen Provincial Health Office. **Summary of annual report performance 2021.** Amnat Charoen: Amnat Charoen Provincial Public Health Office; 2021. [in Thai].
7. Department of Mental Health. **Survey Report on the Intelligence Level of Thai Students 2011.** 2<sup>nd</sup> edition. Bangkok: Rajanagarindra Child and Adolescent Mental Health Institute; 2012. [in Thai].
8. Department of Health. **Early childhood development promotion handbook: Hospital intensive course.** Bangkok: The Agricultural Co - operative Federation of Thailand; 2013. [in Thai].
9. Berk LE. **Child development. Sixth Edition.** Boston: Pearson Education; 2003.
10. Tapruk S, Mukdakaseam P, Seubnuch J, Jaturapornpoem J. The Study of Caregivers and Community Participation about Childcare Factors to Promotion of Child Growth and Development on the Regional Health Promotion Centers 4 and 5. **Regional Health Promotion Center 9 Journal** 2017; 11(25): 21-42. [in Thai].
11. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RE, Arvin AM. Eds. **Text book of pediatrics. 15<sup>th</sup> ed.** Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1996: 56-72.
12. Nontapan P. Factors Related to Behaviors Promoting Preschooler Development among Child Care Providers, Songkhla Province. **Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province** 2018; 1(3): 10-24. [in Thai].

13. Pengchan W. **Driving DOH 4.0 towards MOPH 4.0.** [online] 2017 [cited 2021 Dec 4] Available from: URL: [https://e-meeting.anamai.moph.go.th/agenda\\_att/file\\_e-meeting\\_agenda\\_att\\_1020\\_203\\_20220519\\_489408591.pdf](https://e-meeting.anamai.moph.go.th/agenda_att/file_e-meeting_agenda_att_1020_203_20220519_489408591.pdf). [in Thai].
14. Kongchum N, Somkhaoyai T, Chanchum S. Development of parent's participation in enhancing early Childhood development in Thailand 4.0 at Child Development centers Under Khao Phang Krai Subdistrict Administration Organization, Nakhos Si Thammarat. **Journal of MCU Ubon Review** 2020; 5(2): 227-241. [in Thai].
15. Chatmontree J, Sangwichitr C, Renuros C, Jullabut W. The Correlation between Parenting Patterns and the Development of Preschoolers Aged 2- 4 years in Lampang Municipality, Lampang Province. **Journal of Health Sciences Scholarship** 2020; 7( 1) : 102- 116. [in Thai].
16. Ministry of Public Health. **Developmental Surveillance and Promotion Manual ( DSPM) .** Nonthaburi: Bureau of Veterans Affairs Printing Affairs; 2019. [in Thai].
17. Authavee B, Phongphetdit B. The use of the DSPM to Promote Child Development 5<sup>th</sup> Regional Health Promotion Center, Ratchaburi. **VRU Research and Development Journal Science and Technology** 2018; 13(3): 229-242. [in Thai].
18. Chaichanasang T, Chanthanam W, Hangsapruerk U, Srisong P. The Community's Potential for Early Childhood Development Promotion: A Participatory Action Research. **Journal of the Royal Thai Army Nurses** 2021; 22(2): 451-459. [in Thai].
19. Modmoltin W. The Stakeholders' Role of the Mobilization for Early Childhood Development under the High Scope Guideline, Lopburi Province. **Journal of medical and Public Health Region 4.** 2020; 10(1): 70-82. [in Thai].
20. Bloom BS. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.** New York: McGraw- Hill; 1971.
21. Best JW, Kahn JV. **Research in Education.** 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1986.
22. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative

- model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 1983; 56(4): 520-528.
23. Ridthplake S. The development on model for the promotion of 1 –3 year old child development through the participation of family and community: A case study of Tambon Banyang, Amphoe Meuang, Changwat Burirum. **Research and Development Journal, Loei Rajabhat University** 2016; 11: 99-109. [in Thai].
24. Chaichanasang T. The Community Participation in 1-2 Years Old Child Development Promotion. **Journal of Nursing and Health Care** 2017; 35(4): 176-184. [in Thai].
25. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. **Health Promotion International** 2000; 15(3): 259-67.
26. Urharmnuay M, Intharangkun Na Ayutthaya A, Thipsungwan K, Boongla P, Kummee S, Narkrow K. The Effects of Early Childhood Development Promotion Program on knowledge and Promotion Behaviors on Child Development of Parents and Caregivers in Mueang District, Lampang Province. **APHEIT Journal of Nursing and Health** 2021; 3(1): 48-63. [in Thai].
27. Thammasarn K, Chumklang T. The effects of ef guideline learning activity on preschool aged children' s executive function levels. **Community Health Development Quarterly Khon Kean University** 2019; 7(1): 51-67. [in Thai].



# ประสิทธิผลในการใช้โปรแกรม E-claim ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

บุญมาก ไชยฤทธิ์\*, วรินทร์มาศ เกษทองมา\*\*, วุฒิพงศ์ รักดีกุล\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ และประสิทธิผลการใช้งานโปรแกรม E-claim ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 112 คน โดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งชุดเท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลการใช้งานโปรแกรม E-claim ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Paired Samples *t-test*

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.3 อายุเฉลี่ย 38.53 ปี (S.D.=7.54) สถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 79.2 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.5 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 84.3 ประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 10 ปี ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง มีดังนี้ 1) ความรู้ด้านการใช้โปรแกรม 2) ความสามารถในการบริหารจัดการระบบ 3) การประเมินประสิทธิผลการใช้ระบบโปรแกรม E-claim (ด้านความถูกต้อง ด้านการทำงานร่วมกับระบบอื่น ด้านความเหมาะสมของโปรแกรม ด้านความปลอดภัย และความสอดคล้องกับข้อกำหนด) ตลอดจนความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในการใช้โปรแกรม หลังการทดลองดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0001$ )

**คำสำคัญ:** โปรแกรม E-claim, ประสิทธิภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

---

\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬ

\*\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Corresponding Author: Warinmad Kedthongma Email: warinmad.k@ku.th

Received 16/12/2022

Revised 17/01/2023

Accepted 08/02/2023

## THE EFFECTIVENESS OF E-CLAIM PROGRAM AMONG STAFF AT SUP-DISTRICT HEALTH PROMOTION HOSPITAL, MUEANG BUENG KAN DISTRICT, BUENG KAN PROVINCE

*Boonmark Chaiyarit\*, Warinmad Kedthongma\*\*, Wuttiiphong Phakdeekul\*\**

### ABSTRACT

This quasi-experimental research aims to assess knowledge and the effectiveness of using the E-claim program among the staff of sub-district health promotion hospitals. In Mueang Bueng Kan District, Buengkan Province, 112 people used a questionnaire with an overall reliability of 0.74. Data were analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage, and arithmetic mean. And the standard deviation. Comparative analysis of the effectiveness of using the E-claim program before and after the trial using Paired Samples t-test.

The results showed that most of the samples were female 67.3%, with an average age of 38.53 years (S.D.=7.54), marital status (couple) 79.2%, professional nurse position 36.5%, bachelor's degree level 84.3%, work experience average 10 years. In addition, the results of the comparison before and after the experiment found that: 1) knowledge of using the program, 2) The ability to manage the system, 3) evaluation of the effectiveness of the use of the E-claim program system (accuracy and the aspect of working with other systems, interoperability, suitability, security, and compliance with the requirements). Furthermore, the satisfaction of staff in using the program. After the trial is better than before, statistically significant ( $p < 0.0001$ ).

**Keywords:** E-claim program, effectiveness, Sub-district Health Promotion Hospital

---

\*Mueang Bueng Kan Public Health Office

\*\*Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะระบบการบริการระดับปฐมภูมิ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้เป็นสถานพยาบาลที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เพิ่มขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาพยาบาลซึ่งรวมทั้งการบริหารคลังเวชภัณฑ์ให้เพียงพอกับความต้องการของผู้มารับบริการ<sup>1,2</sup>

ระบบการเงินการคลังเป็นกลไกที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนพัฒนาบริการสุขภาพของประชาชน รายได้ส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลมาจากส่วนกลางผ่านกลไกการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการใช้กลไกการเบิกชดเชย

ค่าบริการสาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการรักษาผู้ป่วยใน โดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) เป็นระบบกลไกการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพโดยการเหมาจ่ายตามรายป่วย ซึ่งคำนึงถึงความหนักเบาของแต่ละโรคที่แตกต่างกัน จึงเหมาตามความรุนแรงของผู้ป่วยที่มาในแต่ละครั้งปัจจุบันประเทศไทยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเครื่องมือสำคัญใน

การพิจารณาจ่ายเงินให้สถานพยาบาลกรณีรักษาผู้ป่วย ในระบบประกันสุขภาพรัฐมีสามระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาล<sup>3,4</sup> โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีนโยบายให้มีการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผล ข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (E-Claim) เพื่อให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จาก สปสช. โดยผ่านทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการขอเบิกชดเชยฯ ให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องสามารถนำข้อมูลจากการเบิกชดเชยฯ ของหน่วยบริการมาวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบงานประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงในการนำข้อมูลมาใช้กับส่วนงานที่เกี่ยวข้องภายใน สปสช. และเพื่อให้มีการพัฒนาปรับปรุงโปรแกรม ให้เป็นไปตามสถานการณ์การเบิกจ่าย มีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น<sup>5,6</sup>

การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการพัฒนาการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข โดยการพัฒนาข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ในการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนภายในโรงพยาบาล และการดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขให้ทันเวลาและถูกต้อง แต่ในการจัดทำข้อมูลนั้นยังมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ข้อมูลการเบิกชดเชย

ค่าบริการไม่สมบูรณณ์ ซึ่งส่งผลต่อปริมาณเงินที่สามารถเบิกชดเชยคืนมาได้โดยจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงาน พบว่าการจัดทำข้อมูลยังขาดความครบถ้วนของข้อมูล เนื่องจากยังไม่ได้มีกระบวนการตรวจสอบทั้งในเรื่องของการให้รหัสทางแพทย์ ซึ่งจากการสุ่มตรวจการให้รหัสทางการแพทย์ในส่วนของผู้ป่วยใน มีเพียงร้อยละ 79.8 ที่ให้รหัสถูกต้อง แต่ยังคงขาดกระบวนการตรวจสอบข้อมูลของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ก่อนการส่งข้อมูล อีกทั้งระยะเวลาของการส่งข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการจัดทำข้อมูล เพราะยังพบว่ายังมีความล่าช้า เป็นต้น<sup>7,8</sup> เมื่อมีการนำระบบสารสนเทศใหม่ ๆ มาใช้ จำเป็นต้องทำการวัดและประเมินผลเป็นกระบวนการเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง การสร้างความเข้าใจและตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ หากผู้ใช้บริการได้รับสารสนเทศ ไม่ตรงตามความต้องการย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพโดยรวมของกระบวนการวัดและประเมินผล ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการ ได้รับรายงานและสารสนเทศ ไม่ครบถ้วน วิธีการจัดทำสารสนเทศ มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ล่าช้า ยังขาดการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพเท่าที่ควร ก่อให้เกิดความเสี่ยง เกี่ยวกับความถูกต้องของข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีที่ต้องใช้ข้อมูลย้อนหลังในการรวบรวมหรือสรุปทำรายงานและสารสนเทศต่าง ๆ และพบปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน และ

ไม่ถูกต้องในระบบการบันทึกข้อมูล เพื่อส่งเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขซึ่งการดำเนินการต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบของ รพ.สต. เป็นอย่างยิ่ง<sup>9,10</sup>

จากปัญหาดังกล่าว จึงนำมาสู่กระบวนการอบรมและถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรม E-claim ในกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬทุกคนอย่างจริงจัง และมีการติดตามสนับสนุนการแก้ไขปัญหาการใช้งานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญในการใช้โปรแกรมอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และใช้โปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการประเมินประโยชน์และความพึงพอใจเพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพของงานอย่างเป็นระบบ และมีกระบวนการที่ชัดเจน ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อ ประเมิน ความรู้ และความสามารถในการบริหารจัดการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม E-claim ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลในการใช้โปรแกรม E-claim ในด้านการประมวลผลด้านความถูกต้องเหมาะสม และด้านความสามารถของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ  
จังหวัดบึงกาฬ

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของ  
เจ้าหน้าที่มูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

### วิธีการศึกษา (Method)

#### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่ง  
ทดลอง (Quasi Experimental Research)  
เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลสองครั้งก่อนและ  
หลังการทดลอง (One group pre-posttest  
design) ในด้านความรู้ การประมวผล  
ความถูกต้องเหมาะสม และด้าน  
ความสามารถของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ  
จังหวัดบึงกาฬ ทั้งนี้ งานวิจัยได้ผ่านการ  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรในการศึกษา  
ที่เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ใน  
พื้นที่ 14 รพ.สต. ทั้งหมด 112 คน โดยการ  
เรียนเชิญเข้ารับการอบรมการใช้โปรแกรม  
E-claim และ นักวิจัยได้ออกติดตาม  
ประเมินผลหลังการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพ  
การบันทึกข้อมูลโปรแกรม E-claim ใน  
ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน

### เครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่  
ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและขออนุญาตใช้เครื่องมือ  
จากแบบวัดมาตรฐาน ประกอบด้วย 2 ส่วน  
ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบประเมิน** มี 6 ส่วน  
ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่ม  
ตัวอย่าง
  2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการ  
บันทึกข้อมูลโปรแกรม E-claim จำนวน 20  
ข้อ
  3. แบบประเมินความสามารถในการ  
บริหารจัดการด้านการใช้โปรแกรม E-claim  
จำนวน 12 ข้อ
  4. แบบประเมินประสิทธิผลของการใช้  
โปรแกรม E-claim ในด้านการประมวผล  
ด้านความถูกต้องเหมาะสม และด้าน  
ความสามารถของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ  
จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 9 ข้อ
  5. แบบประเมินความพึงพอใจในการ  
ใช้โปรแกรม E-claim ของเจ้าหน้าที่  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ  
เมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 9 ข้อ
- ส่วนที่ 2 โปรแกรม E-claim**  
เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยสำนักงาน  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นระบบบันทึก  
ข้อมูลและประมวผล ข้อมูลการบริการทาง  
การแพทย์ (E-Claim) เพื่อให้หน่วยบริการ

บันทึกข้อมูลการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จาก สปสช.<sup>11</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการใช้โปรแกรม E-claim เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ข้อคำถามแต่ละข้อทั้งลักษณะทางประชากรและความรู้ การจัดการในการใช้โปรแกรม E-claim ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม E-claim และความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม E-claim ทุกข้อคำถามได้ค่า IOC ไม่ต่ำกว่า 0.5

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอศรีวิไล ซึ่งมีบริบทและลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน สำหรับเครื่องมือที่เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ส่วนข้อคำถามด้านความรู้นำมาวิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder - Richardson (KR-20) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ

0.78 และความเชื่อมั่น (Reliability) ภาพรวมทั้งหมด เท่ากับ 0.74

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม E-claim โดยการจัดอบรมความรู้ เทคนิควิธีการใช้โปรแกรมให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในช่วงเดือนมีนาคม 2564 และติดตามให้คำปรึกษา สนับสนุนดูแลการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรม เป็นระยะเวลา 6 เดือน จึงทำการประเมินผลหลังการทดลองใช้โปรแกรม E-claim ดังแสดงเป็นขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม

$T_{x1} \dots \dots \dots x2 \dots \dots \dots x3 \dots \dots \dots T_{x4}$

$X_1$  หมายถึง การประเมินความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการ การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม และความพึงพอใจ ก่อนการใช้โปรแกรม E-claim

$X_2$  หมายถึง การอบรมการใช้โปรแกรม E-claim หลักสูตร 2 วัน

$X_3$  หมายถึง การออกติดตามให้คำปรึกษา และสนับสนุนการใช้โปรแกรม E-claim อย่างต่อเนื่อง 6 เดือน

$X_4$  หมายถึง การประเมินความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการ การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม และความพึงพอใจ หลังการใช้โปรแกรม E-claim

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ตัวแปรเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วย ความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร ความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการ ประสิทธิภาพของโปรแกรม และความพึงพอใจ ในการใช้โปรแกรม E-claim

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการ ใช้โปรแกรม E-claim ประสิทธิภาพของการใช้ โปรแกรม E-claim ในด้านการประมวลผล ด้านความถูกต้องเหมาะสม และด้าน ความสามารถของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ก่อนและหลังการทดลอง และ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการศึกษา (Results)

#### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง เป็นร้อยละ 67.3 อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0 อายุ เฉลี่ย 38.53 ปี (S.D.=7.54) อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุสูงสุด 57 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส (คู่) ร้อยละ 79.2 มีตำแหน่งพยาบาล วิชาชีพ ร้อยละ 36.5 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 84.3 รายได้

เฉลี่ย 26,256.54 บาท (S.D.=8,502.43) ประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 10 ปี ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 35 ปี

#### 2. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม E-claim

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ต่อประสิทธิภาพของการทำงานระบบในโปรแกรม E-claim แยกรายด้าน พบว่าด้านความเหมาะสม (Suitability)และด้านการทำงานร่วมกัน (Interoperability) กับระบบปฏิบัติการอื่นของคอมพิวเตอร์และระบบออนไลน์นั้น เจ้าหน้าที่ที่มีความคิดเห็นก่อนทดลองอบรมให้ความรู้ และติดตามดูแลการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับน้อย แต่เมื่อประเมินหลังการทดลองผ่านไปแล้ว 6 เดือนพบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความคิดเห็นว่าเป็นโปรแกรม E-claim มีประสิทธิภาพมากขึ้น อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ส่วนความคิดเห็นด้านความถูกต้อง (Accuracy) เปลี่ยนจากระดับมากเป็นมากที่สุด ส่วนด้านความปลอดภัย (Security) และ ความสอดคล้องกับข้อกำหนด (Compliance) นั้น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของการทำงานระบบในโปรแกรม E-claim ในระดับมาก ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อประสิทธิผลของการทำงานโปรแกรม E-claim (n=112)

ด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	mean±S.D.	ระดับ	mean±S.D.	ระดับ
ด้านความเหมาะสม (Suitability)	2.66±0.28	น้อย	3.56±0.38	มาก
ด้านความถูกต้อง (Accuracy)	3.28±0.57	มาก	3.70±0.46	มากที่สุด
ด้านการทำงานร่วมกัน(Interoperability)	2.59±0.38	น้อย	3.82±0.60	มากที่สุด
ด้านความปลอดภัย (Security)	3.40±0.19	มาก	3.52±0.17	มาก
ด้านความสอดคล้องกับข้อกำหนด (Compliance)	3.03±0.11	มาก	3.30±0.06	มาก
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	2.93±0.49	ปานกลาง	3.58±0.41	มาก

### 3. ผลการเปรียบเทียบ ความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการ การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม และความพึงพอใจ ก่อน และหลังการใช้โปรแกรม E-claim

3.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ในการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม E-claim ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน ด้วยสถิติ paired sample t-test โดยนักวิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้วพบว่า ข้อมูลแจกแจงปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เรื่องการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม E-claim เฉลี่ย 12.60±1.25 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 18.63± 1.03 ซึ่งค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 6.03 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.0001)

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านความสามารถในการบริหารจัดการระบบการใช้โปรแกรม E-claim ได้แก่ การจัดการบุคคลรับผิดชอบงาน การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ การจัดการด้านงบประมาณ และการจัดการด้านการตรวจสอบควบคุมการทำงาน เป็นต้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความสามารถในการบริหารจัดการระบบการใช้โปรแกรม E-claim โดยรวมเฉลี่ย 32.17±2.30 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้นเป็น 40.51± 1.17 ซึ่งค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 8.34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.0001)

3.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อประสิทธิผลการใช้ระบบโปรแกรม E-claim ได้แก่ ความคิดเห็น

เกี่ยวกับความสามารถจัดเก็บข้อมูลในระบบ  
 แทนการจัดเก็บรายงานเป็นกระดาษ  
 ความสามารถตรวจสอบความถูกต้องและ  
 ข้อผิดพลาดในขั้นตอนการบันทึกข้อมูล  
 ความสามารถกู้คืนข้อมูลเดิมในกรณีที่ทำงาน  
 ล้มเหลว ความสามารถตรวจสอบถึงผู้บันทึก  
 ข้อมูล เป็นต้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า  
 ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนน  
 ความคิดเห็นต่อประสิทธิผลการใช้ระบบ  
 โปรแกรม E-claim โดยรวมเฉลี่ย  
 $28.54 \pm 1.09$  หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย  
 คะแนนความคิดเห็นเพิ่มขึ้นเป็น  $32.31 \pm$

1.18 ซึ่งค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 3.77 อย่างมี  
 นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0001$ )

3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจ  
 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม E-claim ของ  
 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
 อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า  
 ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ  $25.02 \pm$   
 $2.27$  หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น  
 $31.60 \pm 1.21$  ซึ่งค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 6.58  
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.0001$ ) ดัง  
 ตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการประเมินความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการ การประเมินประสิทธิผลของ  
 โปรแกรม และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม E-claim ของเจ้าหน้าที่  
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ (n = 112)

ตัวแปรต้น	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	M.D.	t	95%CI		P-Value
						Lower	Upper	
ความรู้เกี่ยวกับ การใช้โปรแกรม E-Claim (20คะแนน)	ก่อน	112	12.60	1.25				
	หลัง	112	18.63	1.03	-6.03	-7.24	-6.80 - (-5.25)	0.000**
ความสามารถใน การบริหารจัดการ (48คะแนน)	ก่อน	112	32.17	2.30				
	หลัง	112	40.51	1.17	-8.34	-4.34	-13.21 - (-5.46)	0.000**
ประสิทธิผลของ โปรแกรม (36 คะแนน)	ก่อน	112	28.54	1.09				
	หลัง	112	32.31	1.18	-3.77	-5.07	-5.31 - (-1.26)	0.000**
ความพึงพอใจ (36 คะแนน)	ก่อน	112	25.02	2.27	-6.58	-13.42	-9.37 - (-4.06)	0.000**
	หลัง	112	31.60	1.21				

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## วิจารณ์ (Discussions)

ข้อค้นพบเชิงประจักษ์จากการทดลอง อบรมให้ความรู้ รวมถึงการออกติดตามให้ คำปรึกษา และสนับสนุนการใช้โปรแกรม E-claim ของทีมวิทยากร และทีมพี่เลี้ยง ระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคลากร ระดับพื้นที่ รพ.สต. ทุกแห่ง ทุกคนสามารถใช้ โปรแกรม และหน่วยงานได้รับประโยชน์จากการใช้โปรแกรม ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้าน ความเหมาะสม (Suitability) ของโปรแกรม จัดเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการถ่ายโอนข้อมูล (transfer) ที่เชื่อมโยง กับฐานข้อมูลเดิมได้ง่าย และสามารถรวม เป็นรายงานส่งเพื่อรับค่าชดเชยได้อย่าง รวดเร็ว ทำให้ รพ.สต. ทุกแห่งได้รับค่าชดเชย การบริการเพิ่มมากขึ้น ที่สำคัญข้อมูลที่ได้ จากการใช้ระบบโปรแกรมมีความถูกต้อง (Accuracy) ครบถ้วนมากขึ้น ส่งผลให้ เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม E-claim และร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้การใช้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างต่อเนื่อง กิจกรรมดังกล่าวนี้สามารถ ลดช่องว่างที่เป็นจุดอ่อนของการใช้โปรแกรม E-claim ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทุกคนในการนำเข้าสู่ข้อมูล และร่วมตั้งแต่การตรวจสอบการยืนยันและ พิสูจน์ตัวตน (Authentication) ของ ผู้รับบริการ อันจะนำไปสู่ความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลรายงานในที่สุด

ผลจากการทดลองจากการจัดอบรม และติดตามสนับสนุนการดำเนินการใช้ โปรแกรม E-claim ของทีมวิจัยในครั้งนี้ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาด้านความรู้เฉลี่ยจาก  $12.60 \pm 1.25$  เพิ่มขึ้นเป็น  $18.63 \pm 1.03$  มีความสามารถในการบริหารจัดการทักษะ ความสามารถในการใช้โปรแกรมของ เจ้าหน้าที่มากขึ้นจากค่าเฉลี่ย  $32.17 \pm 2.30$  เพิ่มขึ้นเป็น  $40.51 \pm 1.17$  อีกทั้งจากการ พัฒนาทำให้สามารถส่งเบิกชดเชยค่าบริการ สาธารณสุขได้ทันเวลามากขึ้น สอดคล้อง กับ ผลการศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบ การเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุขในระบบ Diagnosis Related Groups<sup>12,13</sup> พบว่า ได้ ดำเนินการประเมินผลลัพธ์ความทันเวลาของ การส่งเวชระเบียน ในแต่ละจุดภายหลังการ พัฒนาสามารถส่งเบิกชดเชยค่าบริการ สาธารณสุขได้ทันเวลามากขึ้น และ สอดคล้องกับผลการศึกษา<sup>14</sup> ที่พบว่า การได้ ประโยชน์จากการใช้โปรแกรม E-claim ทำให้ ลดความคลาดเคลื่อนในการสรุปค่า วินิจฉัยโรค หัตถการทำให้โรงพยาบาล สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ ใกล้เคียงตามความเป็นจริงมากขึ้น

ผลจากการพัฒนาระบบงานการใช้ โปรแกรม E-claim ในการเบิกชดเชย ค่าบริการสาธารณสุข พบว่า หลังการพัฒนา บุคลากรมีระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการบริหารจัดการระบบการใช้ โปรแกรม E-claim ได้แก่ การจัดการบุคคล

รับผิดชอบงานการกรอกและนำเข้าข้อมูล การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์การจัดการ ด้านงบประมาณ และการจัดการด้านการ ตรวจสอบควบคุมการทำงาน ทำให้ กระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษา<sup>15</sup> ถึงการ ปฏิบัติงานเวชระเบียนผู้ป่วยในการเบิก ชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลในภาครัฐที่พบว่า การเสริมสร้าง ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ และการออกติดตามสนับสนุน เจ้าหน้าที่ให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมี คุณภาพส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และเห็นถึง ความสำคัญในการเบิกชดเชยค่าบริการ สาธารณสุขในระบบกลุ่มวินิจัยโรคร่วมและ การร่วมกันวางแผนการดำเนินงานตาม แนวทางปฏิบัติในการใช้โปรแกรม การ ส่งออกข้อมูล และเกิดการมีส่วนร่วมมีอ ะหว่างหน่วยงานและบุคลากรทุก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ภายในอำเภอ<sup>16</sup> ลดความสูญเสียในการขอรับค่าใช้จ่าย บริการสาธารณสุขกองทุนย่อยผู้ป่วยในระดับ เขตของโรงพยาบาล และยังพบว่าปัจจัยใน ความ สำเร็จเกิดจากทุกวิชาชีพ หรือ ผู้เกี่ยวข้องมีความตระหนักและรับรู้ถึงปัญหา ร่วมกัน มีเป้าหมายของการแก้ปัญหาไปใน แนวทางเดียวกันและมีจุดหมายหรือเห็น

ผลลัพธ์ภายหลังการแก้ปัญหาแล้วเสร็จ ร่วมกัน

### ข้อยุติ (Conclusions)

การอบรมให้ความรู้และการออก ติดตามให้คำปรึกษา และสนับสนุนการใช้ โปรแกรม E-claim อย่างต่อเนื่องทำให้เกิด การใช้ประโยชน์ในด้านความเหมาะสม (Suitability) ที่ง่ายเหมาะสมต่อการใช้งาน อย่างถูกต้อง (Accuracy) สามารถส่งออก ข้อมูลของทุก รพ.สต. ภายในอำเภอ เพื่อเบิก ชดเชยค่าบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น รวมถึงการร่วมกันวาง แผนการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติใน การใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญ เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม E-claim

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

โปรแกรม E-claim สำหรับบันทึกข้อมูล การขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ จาก สปสช. โดยผ่านทางโปรแกรม คอมพิวเตอร์ เป็นโปรแกรมที่ควรสนับสนุนให้ มีการศึกษาในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง เพื่อใ้ เกิดประโยชน์ในงานบริการสาธารณสุขที่มี ประสิทธิภาพ และควรสนับสนุนให้เกิดความ เชื่อมโยงในการนำข้อมูลมาใช้กับส่วนงานที่ เกี่ยวข้องภายในสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การอบรมและติดตามสนับสนุนการใช้โปรแกรม E-claim ทำให้เกิดการใช้ประโยชน์ในด้านบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม สามารถนำไปวางแผนการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติในการใช้โปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง ควรนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในพื้นที่อื่นเพื่อขยายผลการดำเนินงานและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **The Power of Cities**. Geneva: World Health Organization; 2020. 198.
2. World Health Organization. **Obesity and Overweight**. Geneva: World Health Organization; 2011. 350.
3. Office of Public Health Administration, Ministry of Public Health. **District Health System**. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. 245. [in Thai].
4. Keawbumrung K, Kedthongma W, Phakdeekul W. Analysis of Medical Supply Management System in Health Promotion Hospitals. **Research and Development Health System Journal** 2021; 14(2): 95-102. [in Thai].
5. Phakdeekul W, Kedthongma W. Management System for a Quality

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬที่ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการร่วมโครงการและตอบข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

- and Outcome Framework in the Area of the National Health Security Office in Region 8, Thailand. **LINGUISTICA ANTVERPENSIA** 2021: 2121( 3 ) : 2415-2427.
6. Pumkaree C, Promasatayapot V, Chumanaborirak P. The Development of Medical Service Reimbursement in Diagnosis Related Group of Prasimahabhodi Psychiatric Hospital Ubonratchathani Province. **Academic Journal of Community Public Health** 2020; 6(3): 62-72. [in Thai].
7. Tanthisong B. Development Model of Medical Expense Billing under the Protection for Motor Vehicle Accident Victims Act. of The Sub-District Health Promotion Hospital

- using Deming Cycle, in the Area of Kham Thaleso District, Nakhon Ratchasima Province. **Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office** 2018; 4(1): 36-46. [in Thai].
8. Makoto M, Jun N. The effects of the PDCA cycle and OJT on workplace learning. **The International Journal of Human Resource Management** 2012; 21(4): 195–207
9. Pornsrimet P. Sailert K. Efficiency Development of the Compensation System. Public Health Service Costs in Diagnosis Related Groups System. **Journal of Public Health Systems Research** 2016; 25(5): 15-25. [in Thai].
10. Wongfung K. A study on Summary of Discharge Diagnosis on Neurosurgery at Thammasat University Hospital. **TUH Journal online** 2022; 7(2): 1-13. [in Thai].
11. National Health Security Office. Announcement of National Health Security Committee Issue 10: The Health Care Service Types and Terms, 2018. **Government Gazette** 2017; 134(special section 139): 16-17. [in Thai].
12. Sae-iw P, Kanjanapongporn A, Fongsri T. MFMEA Techniques Application for Medical Reimbursement: The Case Study at Patong Hospital in Phuket. **Reg 11 Med J** 2018: 32(1); 881-889. [in Thai].
13. Nonsurach P. Rersearch and Development of Surveillance Model and Road Accident Risk Management at Mueang Sakon Nakhon. **Community Health Development Academy** 2022; 10(2): 215-227. [in Thai].
14. Sihanam K, Kedthongma W, Phakdeekul W. Factors Related to The Level of Intelligence Quotient among Children in Sakon Nakhon Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2022; 10(2): 230-241. [in Thai].
15. Sanpang P. Operation on Medical Records of In-Patient and the Request of Money for the Compensation of Medical Services: Case Study of Bangkok Metropolitan Administration General Hospital. [Master of Science Thesis in Applied Statistics]. Bangkok: National Institute

of Development Administration; 2012.

[in Thai].

16. Jittikati W. The Development of a Model for Obtaining Expenses for Public Health Service Sub-funds for Patients at The District Level of Khu Mueang Hospital, Khu Mueang District, Buriram Province. **Journal of Health Systems Research and Development** 2013; 7(1): 86–92.  
[in Thai].

# ผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแกนนำครอบครัว

ทัศนีย์ คำชนะ\*, สมศักดิ์ อินทมาต\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังของแกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านทรายมูล ตำบลน้ำก่า อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 34 คน จากคำนำหนาขนาดตัวอย่าง และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและคู่มือแกนนำครอบครัวในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ระยะเวลาในการวิจัยทั้งหมด 5 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.95 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 52.95 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 85.29 ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.23 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 82.35 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลองพบว่า ค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

**คำสำคัญ:** การสร้างพลัง, แกนนำครอบครัว, โรคไข้เลือดออก

---

\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทรายมูล จังหวัดนครพนม

\*\* โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

Corresponding Author: Somsak Intamat Email: suwanwisit@yahoo.com

Received 19/01/2023

Revised 17/02/2023

Accepted 20/03/2023

## THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON DENGUE HEMORRHAGIC DISEASE PREVENTION AMONG HOUSEHOLD LEADERS

*Thasanee Kumcha\*, Somsak Intamat\*\**

### ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to study the effect of empowerment program on dengue hemorrhagic disease prevention among household leaders. A simple random sampling was conducted to obtain 34 household leaders living in Saimoon village, Numkum sub-district, Thatphanom district, Nakhonphanom province. The research tools consisted of empowerment program on dengue hemorrhagic disease prevention among household leaders and the handbook on dengue hemorrhagic disease prevention. The study periods were 5 weeks. Data were collected by questionnaire. The data were analyzed in terms of percentage and paired sample t-test. The study result showed that 52.95% of participants were female, 52.95% were between the ages of 31-40 years, 85.29% of participants were couples, 88.23% had received undergraduate and 82.35% of participants were farmers. The results found that the mean score on the post-test of the knowledge, the self-esteem, the self-efficacy expectation and dengue hemorrhagic disease prevention behaviors were different from pre-test statistically significant ( $p < 0.01$ ).

**Keywords:** empowerment, household leaders, dengue hemorrhagic disease

---

\* Bansaimoon Subdistrict Health Promotion Hospital, Nakornphanom province

\*\* Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakornphanom province

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคไข้เลือดออกเดงก็ เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่พบเมื่อ 60 กว่าปีที่แล้วโดยระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ. 2497 ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 50 ปี และเริ่มมีการรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2501 และหลังจากนั้น ได้มีการระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ที่อยู่ในเขตร้อนของทวีปเอเชีย ประเทศไทยมีรายงานครั้งแรกว่าพบผู้ป่วยในกรุงเทพฯ และธนบุรี หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่ มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกมีการระบาดกระจายไปทั่วประเทศ ทุกจังหวัดและอำเภอการกระจายของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่คือ ภูมิทัศน์ของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงก็ ความหนาแน่นของประชากรและการเคลื่อนย้าย สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ การขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักของประชาชนในการที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ความตั้งใจจริงของเจ้าหน้าที่ของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และนโยบายของผู้บริหาร สิ่งเหล่านี้ ล้วนแต่

เป็นสิ่งที่มีการแปรเปลี่ยน และมีผลกระทบต่อเนื่องกับการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างยิ่งและยังมีส่วนทำให้รูปแบบการเกิดโรคมีความผันแปรไปในแต่ละปี สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2563 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (Dengue fever (DF), Dengue haemorrhagic fever (DHF), Dengue shock syndrome (DSS)) สะสมรวม 178,148 ราย อัตราผู้ป่วย 314.98 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกตามเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ 4 (นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก) มีอัตราผู้ป่วย 403.21 ต่อแสนประชากร รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 (ตาก เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย) มีอัตราผู้ป่วย 389.17 ต่อแสนประชากร ส่วนเขตสุขภาพที่ 8 (อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ) มีอัตราผู้ป่วย 241.18 ต่อแสนประชากร<sup>2</sup> จังหวัดนครพนมปี 2563 มีอัตราผู้ป่วย 196.14 ต่อแสนประชากร ส่วนอำเภอธาตุพนม มีอัตราผู้ป่วย 43.82 ต่อแสนประชากร (36 ราย) ส่วนบ้านทรายมูล พบผู้ป่วย 3 รายคิดเป็นอัตราผู้ป่วย 128.15 ต่อแสนประชากร<sup>3</sup>

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จจะต้องใช้แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้นำองค์กรในชุมชน

และประชาชน ร่วมตัดสินใจเลือกปัญหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหา ความสำเร็จของการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน มาตรการของชุมชน การมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การประชาสัมพันธ์ มีองค์ภาคีเครือข่าย และประชาชนตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก<sup>4,5</sup> จึงจะทำให้การเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพและลดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ แต่ในปัจจุบันการควบคุมโรคไข้เลือดออกจะดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเจ้าบ้านไม่ได้ให้ความสนใจให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้ยุงลายวางไข่และการกำจัดลูกน้ำยุงลาย จึงทำให้การควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ประสบความสำเร็จ<sup>6</sup> การเสริมสร้างพลังของแกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงเป็นอีกประเด็นที่จะทำให้แกนนำครอบครัวเห็นความสำคัญของตนเอง รวมทั้งศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนและชุมชน การสร้างพลังชุมชนเป็นแนวทางการสร้างพลังความสามารถให้เกิดในตัวบุคคลที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง พัฒนาตนเอง ควบคุมตนเองให้สามารถปฏิบัติหรือเลือกดำเนินชีวิตไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งเราสามารถส่งเสริมให้เกิดการสร้างพลังได้ในรูปแบบการบริหาร

จัดการ โดยนำไปใช้ในองค์กรที่มีการบริหารแบบประชาธิปไตย ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรของตนเอง วอลเลอร์สตี้นและเบอร์นสตี้น<sup>7</sup> กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง สามารถนำไปสู่การวางแผนเพื่อพัฒนาตนเองให้มีทักษะต่าง ๆ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการศึกษาของเซสทา<sup>8</sup> พบว่า การใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจรมีทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความรู้ ความตระหนักรู้ เกิดทักษะและเกิดความมั่นใจสามารถปฏิบัติงานที่ดีขึ้น จากการศึกษาของหาญณรงค์ แสงแก้ว<sup>9</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการสำรวจความซุกซนของลูกน้ำยุงลายของแกนนำครัวเรือนภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือนพบว่าดัชนีชี้วัดความซุกซนของลูกน้ำยุงลายมีค่า House Index เท่ากับ 14.28 ค่า Breteau Index เท่ากับ 5.71 ซึ่งทั้งสองตัวแปรมีค่าลดลง และอยู่ในเกณฑ์ปกติสอดคล้องกับการศึกษาของ เกติณี วงศ์สุบิน

และคณะ<sup>10</sup> ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกการรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายและค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ากระบวนการ ขั้นตอน ยังมีข้อบกพร่องในการที่จะทำให้แกนนำชุมชนและแกนนำครอบครัวเกิดการรับรู้ในระดับที่จะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มในส่วนของการทำกิจกรรมในรูปแบบที่หลากหลาย เน้นการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน มีการติดตามทบทวนผลการปฏิบัติงาน เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพการใช้ความรู้ของแกนนำครอบครัว ส่งเสริมความร่วมมือให้แกนนำครอบครัวเกิดความเข้มแข็งมากขึ้น<sup>11</sup> ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญและปัญหาที่เกิดขึ้น และมีความเชื่อมั่นว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำ

ครอบครัวในพื้นที่บ้านทรายมูล ตำบลน้ำก่ำ อำเภอธัญพนม จังหวัดนครพนมจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ด้วยการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัวให้เกิดพลังความเข้มแข็งแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การลดอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก บ้านทรายมูล ตำบลน้ำก่ำ อำเภอธัญพนม จังหวัดนครพนม

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของแกนนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก
2. ความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

#### 4. พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

##### วิธีการศึกษา (Method)

##### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (One- group pretest-posttest design)

##### วัตถุประสงค์วิธีการ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 การผ่านประสบการณ์ (Experiencing)

1.2 การระบุประสบการณ์ (Naming Experience)

1.3 การวิเคราะห์ (Analysis)

1.4 การวางแผน (Planning)

1.5 การปฏิบัติ (Doing)

2. คู่มือแกนนำครอบครัวในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทของแกนนำครอบครัวในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกประกอบด้วย ความหมายของโรคไข้เลือดออก สาเหตุ อาการแสดง แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และคำแนะนำในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการสำรวจลูกน้ำยุงลาย

##### วิธีดำเนินการวิจัย

1. สัปดาห์ที่ 1 เจ้าหน้าที่พบแกนนำครอบครัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปด้วยแบบสัมภาษณ์

2. สัปดาห์ที่ 2 แกนนำครอบครัวเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นระยะเวลา 2 วัน ติดต่อกันโดยในการจัดกิจกรรมอบรมให้ดำเนินตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลัง 5 ขั้นตอน คือ 1. การผ่านประสบการณ์ 2. การระบุประสบการณ์ 3. การวิเคราะห์ 4. การวางแผน 5. การปฏิบัติ ซึ่งการจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลัง ได้จัดกิจกรรมโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2 ประการ คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่มโดยครอบคลุม 4 องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ คือ 1. ประสบการณ์ 2. การสะท้อนและอภิปราย 3. ความคิดรวบยอด และ 4. การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด

3. สัปดาห์ที่ 3 แกนนำครอบครัวปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในบ้านของตนเองพร้อมบันทึกพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของตนเองลงในแบบบันทึกซึ่งกำหนดแนวทางการปฏิบัติไว้ดังนี้

3.1 สำรวจลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์ โดยสำรวจภาชนะเก็บกักน้ำและเศษ

วัสดุอื่น ๆ ที่มีน้ำขัง ทั้งภายในบ้านและบริเวณรอบ ๆ บ้าน

3.2 ทำลายลูกน้ำยุงลายโดยใช้วิธีทางกายภาพ ชีวภาพ และเคมี

3.3 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยการปิดปากภาชนะเก็บกักน้ำคว่ำหรือทำลายเศษวัสดุที่ไม่ได้ใช้ไม่ให้น้ำขังและกลบหรือถมแอ่งที่มีน้ำขัง

3.4 เจ้าหน้าที่ในเขตติดตามผลการปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคใช้เลือดออกของแกนนำครอบครัว

4. สัปดาห์ที่ 4 จัดทำเวทีประชาคมหมู่บ้าน โดยให้แกนนำครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ควบคุม และป้องกันโรคใช้เลือดออกในบ้านและชุมชนของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและวางแผนการดำเนินงาน ควบคุม และป้องกันโรคใช้เลือดออกในชุมชนให้เกิดความต่อเนื่อง

5. สัปดาห์ที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก ความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แกนนำครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านทรายมูล ตำบลน้ำก่ำ อำเภอธาดูปพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 160 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. สามารถอ่านออกเขียนได้
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของการวิจัยครั้งนี้
3. อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ทำการวิจัยไม่น้อยกว่า 1 ปี
4. มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกัน<sup>12</sup>

$$n = 2(Z\alpha + Z_{\beta})^2 D^2 / (\mu_d)^2$$

n = กลุ่มตัวอย่าง

Z $\alpha$  = ความเชื่อมั่นที่กำหนดที่ 95%

(1.94)

Z $\beta$  = อำนาจการทดสอบที่ 80%

(0.84)

D = ความแปรปรวน (14)

$\mu_d$  = ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง

(9.5)

ค่าความแปรปรวน (14) และค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (9.5) ได้มาจากการศึกษาของ ดวงจันทร์ ทัพบิมศรี<sup>13</sup>

แทนค่าในสูตร

$$n = 2(1.94+0.84)^2(14)^2/(9.5)^2$$

$$= 33.55$$

$$= 34 \text{ คน}$$

ทำการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ (Sampling without replacement) โดยทำสลากใส่ชื่อบ้านเลขที่แล้วทำการสุ่ม

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคใช้เลือดออก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออก มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เลือกตอบได้ 2 คำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ คะแนนเต็ม 14 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้ 3 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการ

ป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบได้ คำตอบได้แก่ คาดว่าสามารถปฏิบัติได้ ไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติได้ คาดว่าไม่สามารถปฏิบัติได้

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และเมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC มากกว่า 0.6

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปตรวจสอบความเข้าใจในด้านการใช้ภาษาและความสะดวกในการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์หาเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วย KR 20 ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ 0.6 และค่าสัมประสิทธิ์ทรีอัลฟาของครอนบารซ์ (Cronbach' Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 3 4 และ 5 ได้ 0.94 0.93 และ 0.97 ตามลำดับ

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

##### **สถิติพรรณนา**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

##### **สถิติวิเคราะห์**

เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของแกนนำครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรม ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยสถิติด้วยสถิติ Paired t-test

#### **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ REC 040/65

#### **ผลการศึกษา (Results)**

##### **1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.95 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 52.95 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 85.29 ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.23 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 82.35 (ตารางที่ 1)

##### **2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก**

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 2)

##### **3. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก**

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรค

ใช้เลือดออกของแกนนำครอบครัวในการ  
ป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกก่อนและ  
หลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลอง

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	1. ชาย	16	47.05
	2. หญิง	18	52.95
อายุ			
	1. 20-30	2	5.88
	2. 31-40	18	52.95
	3. 41-50	11	32.35
	4. 51-60	3	8.82
สถานภาพ			
	1. คู่	29	85.29
	2. หม้าย	4	11.77
	3. หย่าร้าง	1	2.94
	4. แยกกันอยู่	0	0.00
ระดับการศึกษา			
	1. ต่ำกว่าปริญญาตรี	30	88.23
	2. ปริญญาตรี	4	11.77
อาชีพ			
	1. เกษตรกรรม	28	82.35
	2. รับจ้าง	3	8.82
	3. ค้าขาย	2	5.88
	4.. ข้าราชการ	1	2.94

**4. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก**

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 2)

**5. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก**

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนปัจจัยที่ศึกษา ก่อนและหลังทดลอง

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Paired t-test	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	8.55	1.37	12.79	.76	17.71	<0.01
ความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	8.67	4.63	21.26	3.23	13.41	0.00
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	10.17	3.97	21.35	2.32	16.89	0.00
พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	17.05	2.93	23.91	1.84	15.12	<0.01

**วิจารณ์ (Discussions)**

กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p < 0.05$ ) ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการจัดการเรียนรู้ที่เป็นระบบตามขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้าง

พลัง 5 ขั้นตอน คือ 1. การผ่านประสบการณ์ 2. การระบุประสบการณ์ 3. การวิเคราะห์ 4. การวางแผน 5. การปฏิบัติ ซึ่งการจัดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลัง ได้จัดกิจกรรมโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2 ประการ คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม โดยครอบคลุม 4 องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ คือ 1. ประสบการณ์ 2. การสะท้อนและอภิปราย 3. ความคิดรวบยอด และ 4. การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด การศึกษาครั้งนี้โปรแกรมฯ มีระยะเวลา 5 สัปดาห์ จึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกคินี วงศ์สุปิน และคณะ<sup>10</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลา 11 สัปดาห์ ภายหลังจากทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของกรรณา ประมูลสินทรัพย์, นิภาพร พชรภตตานนท์<sup>4</sup> ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนบ้านเสม็ด จังหวัด

นครราชสีมา โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน คือ การผ่านประสบการณ์ ระบุประสบการณ์ วิเคราะห์ วางแผนและปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือด ออก การป้องกันและการควบคุม โรคสูงกว่่าก่อนการทดลอง ( $p < 0.001$ )

ความภูมิใจในตนเองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครอบครัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นตอนตามกระบวนการเสริมสร้างใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการที่ต่อเนื่อง 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ที่เริ่มจากการทำกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลองมีความสนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ มีกิจกรรมการเรียนรู้ที่สนุกสนานทำให้ช่วยจูงใจให้กลุ่มทดลองอยากเข้าร่วมกิจกรรมและมีความสุขในการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การเปิดเผยปัญหาและความรู้สึกที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง ส่งเสริมการเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม การได้รับความรู้ที่ถูกต้องต่อเนื่องเกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออก การเรียนรู้จากประสบการณ์บุคคลตัวอย่าง โดยเชิญครอบครัวที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่มีปัญหาระดับวิกฤตมาแล้วประสบการณ์

การดูแลและปัญหาที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ถึงอันตรายของโรคไข้เลือดออกและเพื่อกระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดความกลัวถึงพิษภัยโรคไข้เลือดออกซึ่งจะส่งผลถึงความภูมิใจในตนเองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีเลิศ ชายงาม และคณะ<sup>15</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.01)

พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการกลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรม สุขศึกษาที่ประกอบด้วยทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 2 วัน มีกิจกรรมทั้งการบรรยาย การใช้สื่อบุคคลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการลงติดตามผลการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในสัปดาห์ที่ 3 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้วิจัยร่วมกันลงสำรวจลูกน้ำยุงลาย การสำรวจจุดเสี่ยงต่อการวางไข่ของลูกน้ำยุงลายพร้อมกับแกนนำครอบครัวเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการตื่นตัวและเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก โดยเฉพาะการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบบ้านและการใช้ทรายอะเบทในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในภาชนะภายในบ้าน ส่งผลให้ลูกน้ำยุงลายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เกวลี เครือจักร และคณะ<sup>16</sup> ศึกษาผลของการใช้แผนสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครอบครัวบ้านสันทางหลวง ตำบลจันจว้าใต้ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับแผนสุขศึกษามีความแตกต่างกันของค่าคะแนนเฉลี่ยในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษา

ของ อรพินท์ พรหมวิเศษ และคณะ<sup>17</sup> ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control: บ้านช่องอินทนิล หมู่ 10 ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ค่า HI CI และ BI ลดลงจากก่อนดำเนินการและอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

### ข้อยุติ (Conclusions)

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. หน่วยบริการสาธารณสุข สาระระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไปประยุกต์ใช้โดยการเตรียมความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพด้วยกระบวนการเสริมพลัง

ให้กับแกนนำชุมชนในพื้นที่ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีขึ้น และค่าดัชนีความซุกของลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ก็ลดลง ดังนั้นหากได้มีการนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนของทุกปี จะช่วยให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ผลดียิ่งขึ้น

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนสามารถนำรูปแบบโปรแกรมฯ ไปใช้ในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า การที่แกนนำชุมชนได้ปฏิบัติกิจกรรมจริงในชุมชนทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกตื่นตัวและเกิดแรงกระตุ้นอยากมีส่วนร่วมมากขึ้น รวมทั้งมีทัศนคติที่ดี มีการแสดงความชื่นชมและยกย่องการทำงานของแกนนำชุมชน ทำให้เกิดกำลังใจมากขึ้นด้วย

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

โปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความภูมิใจในตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมและ

ป้องกันโรคไข้เลือดออกในอนาคตได้

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Wangrungrub Y. **Dengue fever.** Nontaburi: Division of communicable diseases, Department of disease control, Ministry of public health; 1993.
2. Ministry of public health. **Dengue hemorrhagic fever situation 2020 .** [online] 2020 [cited 2022 Dec 15]. Available from: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format\\_2.php&catid=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc&id=d4034b79ce2c889f3318a624543a4740](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format_2.php&catid=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc&id=d4034b79ce2c889f3318a624543a4740). [In Thai].
3. Ministry of public health. **Dengue hemorrhagic fever situation 2020 .** [online] 2020 [cited 2022 Dec 15]. Available from: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format\\_2.php&catid=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc&id=d4034b79ce2c889f3318a624543a4740](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format_2.php&catid=7f9ab56b0f39fd053143ecc4f05354fc&id=d4034b79ce2c889f3318a624543a4740). [In Thai].
4. Chalardlon T, Anansirikasem P. Development of the Community Participation Model of for Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control: A Case Study of Thungthong village in Ladbuakhao Subdistrict, Bangpong District, Ratchaburi Province. **Journal of Health Research and Innovation** 2019; 2(1): 153-162.
5. Wannasampha P. Development of Prevention and Control of Dengue Fever by the Process of Five Networks, Five Collaborations, Five Attributions in Muang District, Yasothorn. **Journal of Health Science** 2015; 24(5): 1096-1106.
6. Wongsubin K, Kaeodumkoeng K, Kengganpanich T, Kengganpanich M. Effect of empowerment program on prevention and control of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in pongnamr on sub-district, Pongnamron district, Chanthaburi province. **The Journal of Prapokklo Hospital Clinical Medical Education Center** 2016; 33(3): 196-209.
7. Wallerstein N. Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education.

- Health Education Quarterly 1988; 15(4): 379-394.
8. Shrestha S. A conceptual model of empowerment of the female community health volunteers in Nepal. *Education for Health* 2003; 16(3): 318-327.
  9. Saengkae H. The effect of health education program for prevention and control of dengue hemorrhagic fever in family core leaders, Muangphai Subdistrict Aranyaprathet District, Srakao Province. *Phranakhon Rajabhat Research Journal* 2015; 10(1): 65-81.
  10. Wongsubin K, Kaeodumkoeng K, Kengganpanich T, Kengganpanich M. Effect of empowerment program on prevention and control of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Pongnamron Sub-District, Pongnamron District, Chanthaburi Province. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center* 2016; 33(3): 196-209.
  11. Sangphokhum M. The effect of empowerment program through participatory management for aedes larvae control of household leaders: a Case Khao Chakan Subdistrict, Khao Chakan District, Sa kaeo Province. *Phranakhon Rajabhat Research Journal* 2015; 10(1): 65-81.
  12. Jirawatkul A. *Statistics for health science research*. Bangkok; S. ASIA PRESS (1989); 2015.
  13. Tubtimsri D, Supannatas S, Tientong S. *Effects of Empowerment Program by Using Participatory Learning Process for Family Leadership in the revention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in Song Phi Nong Municipality, Song Phi Nong District, Suphan Buri Province* [Master Thesis DEGREE M.P.H. MAJOR Health System Management]. Mahasarakham: University Mahasarakham University; 2009. [in Thai].
  14. Pramoolsinsup K, Patcharakaetanont N, Bakal Y. The effects of participatory empowerment on the prevention and control of dengue hemorrhagic fever in Ban Samet Village, Nakhon Ratchasima. *Lampang Medical Journal* 2018; 39(1): 33-40.
  15. Chayngam T, Ruangjarat L, Dechan S. Effect of health education program

- on health belief model application with social support for behavioral change to prevent opisthorchiasis and cholangiocarcinoma of people aged 40 years over in Muangmai Sub-district, Sriboonruang District, Nongbua Lamphu Province. **Journal of Council of Community Public Health** 2020; 3(2): 1-15.
16. Kruejak K, Nitkamhan T, Chawapong W. The effective of a health education plan applying the transteoretical model on dengue fever prevention and control of family leader in Santanglaung area, Janjawa sub-district, Maechan, Chiangrai province. **Chiangrai medical journal** 2017; 9(1): 73-84.
17. Promwiset O, Prachapipat C, Pechmanee S. Prevention and control of dengue hemorrhagic fever through community participation by appreciation influence control technique: Banchongintanin Moo 10 Takukneua vibhawadi District Suratthani Province. **Community health development quarterly Khon Kaen University** 2016; 4(2); 167-183.



# การประเมินผลรูปแบบการสร้างสุขภาวะชุมชนสถาบันพระบรมราชชนก : กรณีศึกษาชุมชนบ้านแมด

นิสากร วิบูลชัย\*, กำพร ดานา\*\*, แจ่มจันทร์ เทศสิงห์\*\*, วุฒิชัย สมกิจ\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยและประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างสุขภาวะชุมชนสถาบันพระบรมราชชนก ในชุมชนบ้านแมด จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบซีป เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 125 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ McNemar test

ผลการศึกษาพบว่า การสร้างสุขภาวะชุมชนบ้านแมด ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองสุขภาพ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งรายบุคคลและกลุ่ม การเยี่ยมและดูแลครอบครัว การจัดมหกรรมสุขภาพเพื่อประชาสัมพันธ์ให้สังคมตื่นตัวและการเรียนรู้จากตัวแบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ และกลุ่มเสี่ยงสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

**คำสำคัญ:** สุขภาวะ, รูปแบบ, ชุมชน

---

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*\* วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding Author: Kamthorn Dana Email: kamthorn@smnc.ac.th

Received 20/01/2023

Revised 20/02/2023

Accepted 23/03/2023

## THE EVALUATION OF THE PRABOROMARAJCHANOK INSTITUTE COMMUNITY WELL-BEING MODEL: CASE STUDY OF BAN MAT COMMUNITY

*Nisakorn Vibulchai\**, *Kamthorn Dana\*\**, *Chaemchan Thessingha\*\**, *Wuttichai Somgit\*\**

### ABSTRACT

This evaluation research study aimed to evaluate the Praboromarachanok Institute community well-being model in the Ban Mat community, Mahasarakham Province. This evaluation research uses the CIPP Model. A purposive sampling was conducted to obtain 125 key informants. The data were collected using in-depth interviews, focus group discussions, and questionnaires. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the use of inferential statistics was the McNemar test.

The study results showed that the model consists of providing health data for both individuals and groups, home visiting and family health care, a health fair to publicize public awareness, and learning from the role model. As a result, the patients could control their blood sugar and blood pressure levels. The high-risk groups are decreasing with statistical significance ( $P < 0.001$ ) and satisfaction at the highest level.

**Keywords:** Well-being, Model, Community

---

\* Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

\*\* Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก<sup>1</sup> และถือเป็นภัยพิบัติทางสังคมของโลกในศตวรรษที่ 21 ด้วย ในปี พ.ศ. 2560 ประชาชนได้รับผลกระทบกับเบาหวานและความดันโลหิตสูง 425 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 629 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2585 และกว่า 5 ล้านคน เสียชีวิตจากสาเหตุนี้ ในขณะที่ความชุกในประเทศไทยเองก็คาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน<sup>2</sup> ถึงแม้ระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในปัจจุบันที่มีศูนย์สุขภาพชุมชนและ รพ.สต. เป็นหน่วยให้บริการผู้ป่วยที่ใกล้ชิดในระดับชุมชน แต่ยังคงพบผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ไม่ถึงเกณฑ์และมีอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น<sup>3</sup> ยิ่งช่วงการระบาดของ โควิด-19 การบริการและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม เช่น การตรวจรักษาผ่านระบบ telemedicine การจัดส่งยาทางไปรษณีย์หรือจัดส่งยาผ่าน อสม. ซึ่งมักส่งผลให้ผู้เรื้อรังหลายคนไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้<sup>4</sup> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรฐานด้านบริการสุขภาพได้ กลุ่มเสี่ยงในชุมชนจึงขาดการประเมินและการ

ดูแลที่ดี อาจทำให้เจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น

ชุมชนบ้านแมต จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่พบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากการดำเนินงานในชุมชนที่ผ่านมา ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.8, 88.1 และ 76.3 ในปี พ.ศ. 2562-2564 และมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ 15.3, 20.5 และ 21.4 ต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูง 10.6, 15.4 และ 18.3 ต่อประชากรแสนคน และยังคงพบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้เพียง ร้อยละ 11.5, 26.1 และ 19.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้เพียง ร้อยละ 17.2, 21.3 และ 18.7 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเพื่อจัดการกับโรคเรื้อรัง ที่สถาบันพระบรมราชชนก (Praboromarajchanok Institute; PBRI) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่มีพันธกิจหลักในการผลิตและพัฒนากำลังคนตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนและสังคม ได้จัดโครงการสร้างสุขภาพชุมชนโดยการสร้างองค์ความรู้และให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อ

ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยออกแบบโครงการที่อาศัยจุดแข็งของสถาบันที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะชุมชน ได้จัดโครงการสร้างสุขภาวะชุมชนโดยนำแนวคิด สบช. โมเดล เป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินงาน<sup>5</sup> คือ การคัดกรองควบคู่กับสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน โดยมีมาตรการสร้างสุขภาพด้วย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ล. (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ นพ.ประเวศ วะสี ประธานกิตติมศักดิ์มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ<sup>6</sup> ที่กล่าวไว้ว่าระบบสุขภาพชุมชนเป็นลักษณะของการดูแลประชากรที่ครอบคลุมในพื้นที่เป็นบริการแบบองค์รวมซึ่งรวมถึงกันป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วย ที่เน้นให้บุคคลและครอบครัวเกิดการดูแลตนเองและมีทรัพยากรที่จำเป็นในชุมชนคอยสนับสนุน

แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว<sup>7</sup> มีจุดเน้นที่ให้บุคคลสามารถจัดการตนเองได้ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยกระบวนการจัดการตนเอง คือ การส่งเสริมความเชื่อของบุคคล การมีทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีการจัดการตนเองที่ดี<sup>8</sup> ในหลายพื้นที่ได้จัด

กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่บ้านส่งผลให้สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ และควรเน้นให้เกิดการยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ตั้งเป้าหมายฝึกทักษะที่จำเป็นรวมถึงการเสริมแรงจากทีมในชุมชนและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเหล่านี้จะช่วยจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมและเกิดประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการแปลงนโยบายลงสู่การปฏิบัติภายใต้แนวคิด สบช. โมเดล เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังและจัดการกับปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการประเมินนี้จะนำไปสู่การประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและประยุกต์ใช้เพื่อการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

**วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)**

เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างสุขภาพชุมชนด้วย สบช. โมเดล ชุมชนบ้านแมด ตำบลตลาด อำเภอมือทอง จังหวัดมหาสารคาม

**วิธีการศึกษา (Method)**

**วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and method)** เป็น การวิจัยประเมินผลโครงการ (Evaluation research) โดย

ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมิน CIPP model  
ของ Stufflebeam & Shinkfield, 1985<sup>9</sup> 4  
ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้าน

กระบวนการดำเนินงาน และด้านผลผลิต  
โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้



ภาพที่ 1 การประเมินผลโครงการสร้างชุมชนสุขภาวะด้วย สบช. โมเดล  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการคัดเลือก  
แบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 4 คน,  
อสม. 7 คน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน,  
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 75

คน, กลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานและความดัน  
โลหิตสูง 34 คน รวมทั้งหมด 125 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1) แบบสอบถามข้อมูล อายุ เพศ สถานภาพ

สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแลในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อน 2) แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามระดับของบึงบอง 7 สี 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราวัด Likert Rating Scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.87 4) การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 5) การสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่า CVI = 0.92

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลเชิงกลุ่มใช้สถิติ McNemar test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ SNC 01-1 วันที่ 12 ม.ค. 2566

## ผลการศึกษา (Results)

1. ด้านบริบท ชุมชนบ้านแมดเป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม มีประมาณ 267 หลังคาเรือน เป็นชุมชนที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบทชุมชนเดี่ยวของเทศบาล ประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิ์และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ จำนวน 643 คน เพศชาย 308 คน (ร้อยละ 47.90) และเพศหญิง 335 คน (ร้อยละ 52.10) ส่วนใหญ่คนในชุมชนบ้านแมดมีอายุช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 41.37) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.1 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.0 ชุมชนบ้านแมดมีองค์กรที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ที่รวมตัวกันจัดกิจกรรมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกภายในชุมชนอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านแมด มีจำนวน 75 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.67 มีอายุเฉลี่ย 61.7 ปี (SD 3.2) มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 78.67 มีผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นลูกหลาน ร้อยละ 56 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	45.33
หญิง	41	54.67
อายุเฉลี่ย 61.7 ปี, อายุต่ำสุด 48 ปี, อายุสูงสุด 79 ปี, SD 3.2		
สถานภาพสมรส		
คู่	59	78.67
โสด	7	9.33
หม้าย/หย่า/แยก	9	12.00
ผู้ดูแลในครอบครัว		
คู่สมรส	31	41.33
ลูก/หลาน	42	56.00
ไม่มีคนดูแล	2	2.67

## 2. ด้านปัจจัยนำเข้า

(1) การดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนผู้ให้บริการดูแลไม่ทั่วถึงให้บริการได้เพียงการตรวจรักษาและจ่ายยาประจำทุก 2 เดือน ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาซับซ้อนไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมและเสริมพลังในครอบครัว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง จากนั้นวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้นำแนวคิด สบช. โมเดล มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการเรียนการสอน วิชาปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับภาควิเคราะห์

จุดแข็งของการดูแลสุขภาพครอบครัวของคนในชุมชนบ้านแมต

การดูแลสุขภาพของครอบครัวชุมชนบ้านแมต ดังนี้ 1) ให้ความเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลเป็นลูกหลานเครือญาติกัน อยู่กันแบบพี่น้อง การเคารพและให้เกียรติผู้อาวุโส 2) มีการสื่อสารและแสดงออกในทางบวก เช่น ระมัดระวังคำพูดการพูดจากันที่ดี 3) มีกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน โดยเฉพาะพิธีกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ

(2) การติดต่อประสานงานด้านข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งจากศูนย์สุขภาพชุมชนกับ

โรงพยาบาลแม่ข่าย ทีม อสม. และผู้นำในชุมชน และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โดยมีช่องทางการส่งต่อข้อมูลร่วมกัน เช่น กลุ่มไลน์ การใช้โทรศัพท์ และการใช้ระบบการติดตามผู้ป่วยผ่าน COCR9 ที่เป็นแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบออนไลน์ของเขตสุขภาพที่ 7

(3) ทีมสหวิชาชีพพร้อมกับชุมชน ได้ร่วมกันวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยในชุมชนตามสถานการณ์ เช่น กระจ่างเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์สำหรับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์วัดไข้ อุปกรณ์ล้างแผล และอุปกรณ์สำหรับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. ด้านกระบวนการ การดำเนินงานภายใต้ สบช. โมเดล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

(1) ผู้ที่เกี่ยวข้องได้สะท้อนบทบาทและการมีส่วนร่วมในการดูแล คือ 1) อสม. และประธานชุมชน คอยสอดส่องดูแลทุกข์สุขของคนในละแวกตัวเอง แจ้งข่าวสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย ตามแนวคิดป้องกัน 7 สี มีการประเมินติดตามเยี่ยมและประสานงานในพื้นที่ 2) พยาบาลและทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูล เป็นที่ปรึกษาวางแผน ติดต่อประสานงานและให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน 3) เทศบาลสนับสนุนงบประมาณ ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะ ร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ 4) ผู้ดูแลใน

ครอบครัวให้ข้อมูล กำกับติดตามและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นที่บ้าน เช่น การรับ-ส่งผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตและประเมินตนเองที่บ้าน

(2) การตรวจคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน โดยทีมภาคีในพื้นที่ เช่น อสม. ผู้นำชุมชน กลุ่มเด็กและเยาวชน ครูและบุคลากรในโรงเรียนและพระภิกษุ เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรม

(3) ให้สุขศึกษาและข้อมูลทางด้านสุขภาพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยการสะท้อนเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยได้รับรู้สถานะและความเสี่ยงของตนเอง และการถ่ายทอดแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านเครือข่ายชุมชน วัดและโรงเรียน

(4) จัดมหกรรมสร้างสุขภาพโดยการรณรงค์ให้ชุมชนได้เข้าใจและตระหนักถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่กระทบต่อสุขภาพของชุมชนและภาวะค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วย มีการประสานงานกับสื่อในพื้นที่เพื่อสื่อสารผ่านทุกช่องทางออนไลน์ เช่น รายการทีวีสะเทิดใจ และชมรมผู้สื่อข่าวจังหวัดมหาสารคาม

(5) การเคาะประตูบ้าน เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและสมาชิกในครอบครัว โดยการติดตามเยี่ยมทุกครอบครัว การถามข่าวและประเมินความรู้ความเข้าใจและการ

จัดการตนเองเกี่ยวกับหลัก 3 อ. 3 ลด รายครอบครัว

(6) การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่ดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี และถ่ายทอดระหว่างสมาชิกในชุมชนในวิถีปฏิบัติที่ดี คือ การทำเมนูอาหารอีสานเพื่อสุขภาพ วันสมุนไพรมะนาวต้มสมุนไพรมะนาว 7 สี

4. ด้านผลผลิต

(1) ผลการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านแมด ได้ผลงานการดำเนินงาน ร้อยละ

100 ซึ่งพบว่า กลุ่มปกติ (สีเขียว) มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 24 ราย (ร้อยละ 70.59) ส่วนกลุ่มเสี่ยงสูงลดลงเหลือ 10 ราย (ร้อยละ 29.41) กลุ่มเสี่ยงสูงทุกรายเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 100 (ตารางที่ 2)

(2) กลุ่มป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง สีแดง เดิม 10 ราย ลดลงเหลือ 4 ราย (ร้อยละ 5.32) กลุ่มป่วยสีส้ม 5 ราย ลดลงทุกราย และกลุ่มป่วยสีเหลือง 31 ราย ลดลงเหลือ 17 ราย (ร้อยละ 22.67) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสีตามปิงปอง 7 สีในกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มป่วย

กลุ่ม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานความดันโลหิตสูง (N=34)	11	32.35	24	70.59	<0.001
	23	67.65	10	29.41	
กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง (N=75)	27	36.00	52	69.33	<0.001
	31	41.33	17	22.67	
	5	6.67	0	0	
	10	13.33	4	5.33	
	2	2.67	2	2.67	

\*สีเขียว-กลุ่มปกติ FBS<100 mg/dl., BP.<120/80 mm.Hg) \*สีเขียวอ่อน-กลุ่มเสี่ยง FBS 100-125 mg/dl., BP.120-139/80-89 mm.Hg) \*สีเหลือง-กินยาคุมอาการ (FBS<125 mg/dl. BP.<139/89 mm.Hg) \*สีเหลือง-ป่วยระดับ1 (FBS 125-154 mg/dl., BP.140-159/90-99 mm.Hg) \*สีส้ม-ป่วยระดับ2 (FBS 155-182 mg/dl., BP.160-179/100-109 mm.Hg) \*สีแดง-ป่วยระดับ 3 (FBS ≥183 mg/dl., BP. ≥180/100 mm.Hg) \*สีดำ-โรคแทรกซ้อน<sup>5</sup>

(3) จากการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ชุมชนบ้านแมต กลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความพึงพอใจ

ภาพรวมระดับมากที่สุด (Mean 4.25, SD 0.56) (ตารางที่3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานภายใต้ สบช. โมเดล

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
1. การบริการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง	4.57	0.54	มากที่สุด
2. การแสดงบทบาทในการดูแลของ อสม. ผู้ดูแลในครอบครัว เจ้าหน้าที่ และเทศบาล	4.74	0.65	มากที่สุด
3. กิจกรรมให้สุขศึกษาและให้ข้อมูลด้านสุขภาพ	3.75	0.46	มาก
4. การจัดรณรงค์กิจกรรมสุขภาพ	4.32	0.78	มากที่สุด
5. กิจกรรมการเคาะประตูบ้าน	3.79	0.47	มาก
6. การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบในหมู่บ้าน	4.31	0.55	มากที่สุด
รวม	4.25	0.56	มากที่สุด

(4) เกิดเครือข่ายการสร้างสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย อสม. ชมรมผู้สูงอายุ และประชาสัมพันธจังหวัดมหาสารคาม ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลและเทศบาลเมืองมหาสารคาม และชุมชนบ้านแมตได้รับรางวัลโล่ประกาศเกียรติคุณจากผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม เรื่องชุมชนนำอยู่สูงสังคมที่เป็นสุข ซึ่งเกิดจากแนวคิดการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายใต้ สบช. โมเดล และปีงบประมาณ 2566 เทศบาลเมืองมหาสารคามสนับสนุนงบประมาณกิจกรรม “รู้ทัน รู้เร็ว โรคหลอดเลือดสมอง บ้านแมต” และแนวคิด สบช. โมเดล ได้ขยายผลเพิ่มเติม 3 พื้นที่ในอำเภอเมือง และอำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

### วิจารณ์ (Discussions)

จากการประเมินผลโครงการสร้างสุขภาพชุมชนด้วย สบช. โมเดล ด้านบริบทปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต<sup>10</sup> ชุมชนบ้านแมตเป็นชุมชนเกษตรกรรม มีการรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อทำกิจกรรมหลายอย่าง เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ วิถีชีวิตของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทเชิงสังคมจากการเกษตรเปลี่ยนเป็นการเพิ่มการผลิตเพื่อหารายได้ตอบสนองการพึ่งตนเองของแต่ละครอบครัวเพิ่มขึ้น<sup>11</sup> การรวมกลุ่มกันเพื่อจัดการกับความเสียงและปัญหาทางสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง สมาชิกจะช่วยผลักดัน ร่วมกันจัดการ

แก้ปัญหาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามความจำเป็นและความต้องการของสมาชิกในชุมชน เกิดการต่อรอง ทำให้ชุมชนได้เสนอความคิดเห็นและความต้องการของตนเอง<sup>12</sup> ผ่านเวทีต่างๆ ที่เป็นพื้นที่สาธารณะในชุมชนด้วย

ชุมชนบ้านแมต มีกระบวนการดูแลสุขภาพของครอบครัว ที่ใกล้ชิดให้ความเอาใจใส่ดูแลกัน การเคารพให้เกียรติผู้อาวุโส มีกิจกรรมร่วมกันและมีผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวช่วยให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกันและสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกที่เจ็บป่วยได้ดี โดยการสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของสมาชิกในครอบครัวที่ Bennich และคณะ<sup>13</sup> ได้ศึกษาและพบว่าครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในชีวิตประจำวันต่าง ๆ มีทัศนคติที่ดีกับการดูแล ให้กำลังใจไม่มองผู้ป่วยเป็นภาระ และ Reyes และคณะ<sup>14</sup> ที่อธิบายว่าสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การพูดคุยใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย การแบ่งปันข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลครอบครัวเป็นผู้คอยเตือนในการรับประทานยา ตรวจสอบน้ำตาลในเลือดและอาหารที่รับประทาน แม้แต่การจัดหาอาหารเพื่อสุขภาพให้กับผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูแลและจัดการตนเองได้ดี

การดำเนินการที่มีทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชนได้เข้ามีส่วนร่วมใน

การทำกิจกรรมตามแนวทางของ สบช. โมเดล เช่น การติดต่อประสานงาน การจัดการข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน การวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ช่วยให้กระบวนการทำงานในพื้นที่ที่มีความคล่องตัวรวดเร็ว เกิดการทำงานเป็นทีมเชิงรุกในพื้นที่ช่วยให้เข้าใจเข้าถึงและจัดการที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของชุมชนได้สอดคล้องกับ นสพชม อโห่ และคณะ<sup>15</sup> ที่ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งบุคลากรหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพนี้ใช้เป็นฐานสำหรับการส่งเสริมสุขภาพชุมชน

กระบวนการสร้างสุขภาวะชุมชน เป็นกระบวนการสร้างการรับรู้และเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับข้อมูลที่เพียงพอรอบด้าน ได้เรียนรู้จากบุคคลที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเองจนสามารถควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ดี ย่อมทำให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีอำนาจในการกำหนดและตัดสินใจสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ได้ด้วยตัวเอง<sup>8, 16</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen<sup>17</sup> พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เชื่อว่าตนเอง

สามารถจัดการได้จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้นและสามารถควบคุม น้ำตาลในเลือดได้ และ Walker และคณะ<sup>18</sup> ที่ พบว่า เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองที่สูงขึ้นการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก็จะดีขึ้นด้วย ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการ ออกกำลังกายที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น และ Gao<sup>19</sup> ที่ค้นพบเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของ ตนเองอาจส่งผลทางอ้อมต่อระดับน้ำตาลใน เลือดของตัวผู้ป่วยโดยผ่านพฤติกรรม การดูแลตนเอง เกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและ ทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นด้วย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลการ ส่งเสริมสุขภาพชุมชนตามแนวคิด สบช. โมเดล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวคิดการสร้างสุขภาพ ในชุมชน สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพได้ และช่วยลดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรายใหม่ได้ และผู้ป่วยเดิมสามารถดูแล ตนเองจนควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ อย่างไรก็ตามการศึกษารั้งต่อไปควรมีการ ออกแบบเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยัน ผลลัพธ์จากการประยุกต์ใช้แนวคิด สบช. โมเดล ว่ามีประสิทธิภาพในการสร้างสุขภาพ ชุมชนได้จริง

### ข้อยุติ (Conclusions)

การสร้างสุขภาพชุมชน ในการควบคุม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยการ

ประยุกต์ใช้แนวคิด สบช. โมเดล 3 อ. 3 ลด สามารถใช้ในกลุ่มเสี่ยงสูงให้ดูแลและจัดการ ตนเองเพื่อลดความเสี่ยงได้ และในกลุ่มป่วย ช่วยควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลใน เลือดได้ โดยมีกระบวนการการติดตามและ เสริมแรงผ่านการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมสห วิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้เป็นแนวทางการ พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น ในชุมชนได้

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. กิจกรรมการสร้างสุขภาพชุมชน 3อ. 3ลด ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและ เพิ่มคุณภาพของการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่ม ผู้ป่วยเรื้อรัง ในการดำเนินงานของกองทุน สุขภาพตำบลได้

2. ถ่ายทอดกิจกรรมการสนับสนุน ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีในชุมชน ในการ ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนกลุ่มอื่นของศูนย์ สุขภาพชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง และใช้เป็นฐานการจัดกิจกรรม เสริมสร้างให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองให้ได้ มากที่สุด เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยควบคุม ระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ลดอันตราย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การสร้าง

สุขภาพชุมชน ช่วยให้อุปกรณ์เสี่ยงและผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตระหนักในตนเองและช่วยเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาตามความต้องการและสภาพปัญหาของชุมชน

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas. 9<sup>th</sup> ed. Brussels, Belgium: IDF; 2019.
2. International Diabetes Federation. Diabetes atlas eighth edition [online] 2020 [cited 2023 January 10]. Available from: <http://diabetesatlas.org/resources/2020-atlas.html>
3. The Diabetes Association of Thailand. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2018. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn; 2018. [in Thai].
4. Charungthanakij N. Outcomes of Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Receiving New Services from Diabetes Clinic, Sai Ngam Hospital during COVID-19 Pandemic. Regional Health Promotion

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ เครือข่ายสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสองนางใย ผู้นำ อสม. และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนบ้านแมด ที่ให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการ

- Center 9 Journal 2021; 15(36): 129-142. [in Thai].
5. Thianthavorn V, Chuenkongkaew W, Tanvatanakul V, Thepaksorn P. Research Development and Health Innovations for the Health Promotion and Prevention for Non-Communicable Diseases (NCDs) under the Project to Build Healthy Communities with the PRBR Model 2022: 1 College, 1 Community in Honor of H. M. King Maha Vajiralongkorn Phra Vajiraklaochaoyuhua (2022 -2024). Thai Journal of Public Health and Health Sciences 2022; 5(2): 187-194. [in Thai].
6. Wasee P. Praboromarajchanok Institute: Community University and 21<sup>st</sup> Century Health Profession Education. Nonthaburi: Special lecture at the Academic Conference of

- Praboromarajchanok Institute; 2022. [in Thai].
7. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. **Nursing outlook**. 2009; 57(4): 217-225.
  8. Cho MK, Kim MY. Self-Management Nursing Intervention for Controlling Glucose among Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **International journal of environmental research and public health** 2021; 18(23): 1-14
  9. Stufflebeam DL, Coryn CL. **Evaluation theory, models, and applications**. John Wiley & Sons; 2014
  10. Thaweesak W. Evaluation of the Chronic Care Model for Type2 Diabetes Mellitus Patients in Primary Care Cluster at Phibun Mangsahan Hospital During Covid-19 Pandemic. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2022; 10(3): 259-273. [in Thai].
  11. Artivanichayapong N. Remaining and Changing in Isan's Rural from the perspectives of Graduate Volunteer, Thammasat University. **Journal of Development Studies** 2019; 2(1): 24-51. [in Thai].
  12. Nakham M, Pongsiri M, Meekaew N. The ESAN in Transition: Socio-economic Re-structuring and Structure of Feeling in Rural Northeastern Thailand. **Journal of Humanities & Social Sciences** 2021; 38(1): 1-25. [in Thai].
  13. Bennich BB, Røder ME, Overgaard D, Egerod I, Munch L, Knop FK, et al. Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: an integrative review. **Diabetol Metab Syndr** 2017; 9(1): 1-9.
  14. Reyes J, Tripp-Reimer T, Parker E, Muller B, Laroche H. Factors Influencing Diabetes Self-Management Among Medically Underserved Patients with Type II Diabetes. **Glob Qual Nurs Res** 2017; 4: 1-13.
  15. Ayoh N, Sittisart V, Na Wichian S. The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae Sub-district, Mueang District, Phitsanulok

- Province. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi* 2022; 5(2): 129-139. [in Thai].
16. Edelstein J, Linn MW. Locus of control and the control of diabetes. *Diabetes Educ* 1987; 13(1): 51-54.
17. Chen SM, Lin HS. Relationships among Health Locus of Control, Psychosocial Status and Glycemic Control in Type 2 Diabetes Adults. *J Nurs Car* 2014; 3(3): 1-6.
18. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Egede LE. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. *Ethn Dis* 2014; 24(3): 349-355.
19. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 1-7.



# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้พืชกระท่อมเพื่อสันทนากาการของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี

สุเมธ นียกิจ\*, อุษาวดี สุตะภักดิ์\*\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้พืชกระท่อมเพื่อการสันทนากาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิให้ได้ 6 โรงเรียน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 720 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติการทดสอบไคสแควร์ การทดสอบที และสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยใช้พืชกระท่อมและเลิกใช้แล้ว 117 คน (ร้อยละ 16.3) และปัจจุบันยังใช้อยู่ 51 คน (ร้อยละ 7.0) โดยรูปแบบที่ใช้เป็นน้ำต้มกระท่อม (ร้อยละ 77.9) และน้ำกระท่อมผสมกับสารอื่น (ร้อยละ 29.2) ปัจจัยทำนายการใช้กระท่อมเพื่อสันทนากาการ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับทัศนคติต่อพืชกระท่อมที่ไม่เหมาะสม ( $OR_{adj}=15.38$ , 95%CI=3.36-70.36,  $p$ -value<0.001), การใช้จ่ายแก้ไอน้ำดำเพื่อการเสพติด ( $OR_{adj}=14.51$ , 95%CI=2.94-71.58,  $p$ -value=0.001) และการสูบบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า ( $OR_{adj}=6.42$ , 95%CI=2.89-14.23,  $p$ -value<0.001) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การเคยเห็นเพื่อนองใช้กระท่อม ( $OR_{adj}=2.92$ , 95%CI=1.38-6.19,  $p$ -value=0.005), การเคยเห็นรุ่นพี่นอกโรงเรียนใช้กระท่อม ( $OR_{adj}=5.82$ , 95%CI=2.04-16.62,  $p$ -value=0.001)

**คำสำคัญ:** พืชกระท่อม, การใช้เพื่อสันทนากาการ, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเสริม, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

\* โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ, อุบลราชธานี

\*\* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ, เชียงใหม่

Corresponding Author: Sumadhe Niyakit Email: sumadhe999@gmail.com

Received 20/01/2023

Revised 23/02/2023

Accepted 23/03/2023

## FACTORS RELATED TO THE USE OF KRATOM FOR ENTERTAINMENT AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS IN UBON RATCHATHANI PROVINCE

*Sumadhe Niyakit\*, Usawadee Sutapuk\*\**

### ABSTRACT

This study aimed to determine the prevalence of recreational use of Kratom among secondary school students and identify factors related to the use of Kratom. This a cross-sectional survey. A stratified random sampling was performed to obtain 6 representative schools. obtaining a total of 720 samples. Data was collected by online questionnaire between December 2022 and January 2023. Descriptive and inferential statistics as the chi-square test, independent sample T-test, and multiple logistic regression analysis, were used for data analysis.

The result showed that there were 117 respondents (16.3%) who used Kratom but no longer used it and 51 respondents (7.0%) who currently used Kratom. The popular use patterns of Kratom among the respondents were Kratom boiled water (77.9%), and mixing Kratom boiled water with other substances (29.2%). Factors contributing to using Kratom for recreation consisted of the predisposing factors, which were inappropriate attitude towards Kratom ( $OR_{adj}=15.38$ , 95%CI=3.36-70.36, p-value<0.001), the use of cough syrup for addiction. ( $OR_{adj}=14.51$ , 95%CI=2.94-71.58, p-value=0.001) and regular smoking and electronic cigarettes ( $OR_{adj}=6.42$ , 95%CI=2.89-14.23, p-value<0.001). Reinforcing factors affecting Kratom usage were: seeing siblings use Kratom ( $OR_{adj}=2.92$ , 95%CI=1.38-6.19, p-value=0.005) and seeing seniors outside school use Kratom ( $OR_{adj}=5.82$ , 95%CI=2.04-16.62, p-value=0.001).

**Keywords:** Kratom, recreational use, predisposing factor, reinforcing factor, secondary school student

---

\* 50<sup>th</sup> Anniversary of Maha Vajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani

\*\* Faculty of Pharmacy, Payap University, Chiang-Mai

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

กระท่อม (Kratom) มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Mitragyna speciosa* Korth อยู่ในวงศ์ Rubiaceae เป็นพืชที่มีการกระจายในประเทศแถบแอฟริกาใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในประเทศไทยพบมีการใช้อย่างแพร่หลายในชุมชนแถบภาคใต้มาอย่างยาวนานโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ใช้แรงงาน เช่น ชาวประมง ชาวนา และชาวสวนยางเพื่อเพิ่มความทนในการทำงานกลางแจ้งและลดอาการอ่อนล้าจากการทำงาน หรือใช้เป็นยารักษาโรค เช่น อาการไอ ท้องร่วง ปวดท้อง ปวดฟัน ไข้ และ ใช้พอกรักษาแผล ใช้เป็นของขบเคี้ยวในการสังสรรค์กับเพื่อน หรือใช้ในกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ของคนในสังคม เช่น กีฬา ฟันบ้าน ชนวัว ชนไก่ โดยผู้ใช้กระท่อมส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพืชกระท่อมทั้งในด้านสุขภาพ การทำงาน และการเข้าสังคม<sup>1,2</sup> จากการศึกษาพืชกระท่อมประกอบด้วยสารอัลคาลอยด์มากกว่า 25 ชนิด โดยมี Mitragynine และ 7-hydroxy mitragynine เป็นสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ ซึ่งสารดังกล่าวมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยออกฤทธิ์แบบกระตุ้นเมื่อใช้ในปริมาณน้อย และฤทธิ์กดประสาทเมื่อใช้ในปริมาณมาก และส่งผลทางด้านร่างกายในหลายระบบ อาทิ เป็นพิษต่อตับ อาการชัก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลต่อฮอร์โมนไทรอยด์และความจำ เป็นต้น<sup>3-5</sup> ผลของพืชกระท่อม

ยังมีข้อมูลการศึกษาที่เป็นข้อโต้แย้งระหว่างโทษและประโยชน์ ในแง่ของประโยชน์ได้ถูกนำมาใช้ลดอาการซึมเศร้าหรือคลายกังวลตลอดจนนำมาทดแทนการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ แต่มีรายงานผลกระทบท่อร่างกายจากข้อมูลที่กล่าวข้างต้น<sup>6</sup>

ในปัจจุบันใบกระท่อมมีการแพร่ระบาดในหมู่วัยรุ่นและนักเรียน โดยการนำน้ำใบกระท่อมไปผสมกับยาแก้ไอ น้ำอัดลม ยาคลายกล้ามเนื้อ กาแฟ และเครื่องดื่มอื่น ๆ เพื่อแต่งรส ซึ่งเป็นที่รู้จักในชื่อ 4 คุณ 100 เพื่อให้รู้สึกสนุกสนาน มึนเมา ขาดสติ ซึ่งหากได้รับในปริมาณที่สูงมากจะทำให้เกิดภาวะกดประสาทและกดการหายใจจากฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ การใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการติดได้ อาการถอนยาที่พบได้ เช่น จิตหวาดระแวง อารมณ์ รุนแรง ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการกระตุกของแขนขา ไม่อยากอาหาร ไม่มีสมาธิ และ นอนไม่หลับ ทำให้มีสีผิวคล้ำขึ้น (hyperpigmentation) กระเพาะอาหาร (distended stomach) ผิวแห้ง และริมฝีปากคล้ำ เป็นต้น<sup>7</sup> จากการศึกษาหาอัตราความชุกของการใช้กระท่อม 4x100 และสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ของนักเรียนมัธยมศึกษาใน 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า อัตราความชุกของการใช้กระท่อมของเด็กอายุ 12-19 ปี ในปี พ.ศ. 2561 อยู่ที่ร้อยละ 1.6 โดยนักเรียนชายมีอัตราการใช้สารเสพติดสูงกว่านักเรียนหญิง

และนักเรียนในภาคใต้มีอัตราการใช้สารเสพติดร่วมนกันสูงกว่าทุกภาค ยกเว้นปี 2561 ที่พบอัตราการใช้สูงสุดในกรุงเทพฯ และปริมณฑล<sup>๘</sup> สาเหตุที่เยาวชนเสพติดน้ำกระท่อม พบว่าเกิดจาก 1) ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ความอยากรู้อยากลอง และเพื่อให้เกิดการยอมรับเข้ากลุ่ม 2) การถูกหลอกลวงโดยรุ่นพี่หรือเพื่อนหลอกให้ดื่มน้ำกระท่อม 3) จากความเจ็บป่วยโดยผู้ป่วยจะดื่มน้ำกระท่อมเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดจากโรคที่ และ 4) สาเหตุอื่นโดยอยู่ใกล้แหล่งขายหรือแหล่งผลิต หรือเกิดจากการเลียนแบบ เป็นต้น<sup>๙</sup>

ในอดีตกระท่อมถือเป็นพืชที่มีสถานะเป็น "ยาเสพติดให้โทษ" ภายใต้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษนับแต่ปี พ.ศ.2522 แต่ในปี พ.ศ. 2562 มีการแก้ไขปรับปรุง พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ เพื่อให้สามารถใช้กัญชาและพืชกระท่อมในทางการแพทย์<sup>1๐</sup> จนกระทั่งมีการตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8)<sup>11</sup> ส่งผลให้ตั้งแต่วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา พืชกระท่อมได้รับการถอดออกจากสถานะยาเสพติดให้โทษมาเป็นพืชที่ประชาชนปลูกเพื่อการบริโภคและขายได้ทั่วไป ทำให้ประชาชนสามารถปลูกและบริโภคกระท่อมตามวิถีชาวบ้าน รวมทั้งยังซื้อหรือขายใบกระท่อมโดยไม่ผิดกฎหมาย แต่ห้ามไม่ให้นำไปผสมยาเสพติดอื่น เช่น "สีคูณร้อย" ห้ามจำหน่ายให้แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า

18 ปี สตรีมีครรภ์และสตรีให้นมบุตร ห้ามขายที่หอพัก สวนสาธารณะ สถานศึกษา และขายโดยใช้เครื่องขาย และห้ามโฆษณาหรือสื่อสารการตลาดใบกระท่อมหรือน้ำต้มกระท่อมเพื่อจูงใจสาธารณชนให้บริโภคอีกด้วย อย่างไรก็ตามพบว่าหลังจากที่มีการถอดพืชกระท่อมออกจากยาเสพติดให้โทษก็มีการจำหน่ายใบกระท่อมอย่างเปิดเผยโดยไม่จำกัดอายุของผู้ซื้อ ทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงพืชกระท่อมได้ง่ายมากขึ้น จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและการเสพติดหรือการใช้ร่วมกันกับสารอื่น ๆ เพื่อการเสพติดในอนาคต คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกและพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมเพื่อการสันตนาการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้พืชกระท่อมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อหาแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาอันอาจเกิดขึ้นจากการใช้พืชกระท่อมของเด็กและเยาวชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความชุกและพฤติกรรมการใช้พืชกระท่อมเพื่อการสันตนาการของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้พืชกระท่อมเพื่อการสันตนาการของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในจังหวัดอุบลราชธานี

## วิธีการศึกษา (Method)

### 1. วิธีการศึกษา (Method)

1.1 **แบบการศึกษา (Study design)** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2565

1.2 **ประชากรศึกษา (Population)** คือ เด็กและเยาวชนกำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา 1-6 ในโรงเรียนรัฐบาลและเอกชน เขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งในปีการศึกษา 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 18,825 คน

1.3 **กลุ่มตัวอย่าง (Sample)** ตัวอย่าง คือ ผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าสู่วิจัยการศึกษา (inclusion criteria) คือ มีอายุระหว่าง 12-18 ปี สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางจิตเวชหรือโรคซึมเศร้า และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดออกหากไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

1.4 **การคำนวณขนาดตัวอย่าง** ใช้สูตรการคำนวณ Taro Yamane เนื่องจากเป็นประชากรกลุ่มใหญ่และทราบจำนวนประชากรที่แท้จริง โดยกำหนดค่าประชากรทั้งหมด (N) = 18,825 คน และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (e) = 0.04 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 605 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเกินจำนวนประมาณ 20% เป็นจำนวน 720 คน

1.5 **การสุ่มตัวอย่าง** จากโรงเรียนที่เปิดสอนในระดับชั้นมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานีและมีนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษา 1-6 จำนวน 500 คนขึ้นไป จำนวน 15 แห่ง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยแบ่งเป็นโรงเรียนรัฐบาลและโรงเรียนเอกชน แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้โรงเรียนรัฐบาล จำนวน 4 แห่งและโรงเรียนเอกชนจำนวน 2 แห่ง รวม 6 แห่ง ในแต่ละโรงเรียนทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยกระจายให้ครบในทุกระดับชั้นในแต่ละโรงเรียน รวมกลุ่มตัวอย่าง 720 คน

### 2. เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามออนไลน์ที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนทฤษฎีและแนวคิด PRECEDE model<sup>12</sup> แบ่งโครงสร้างคำถามเป็น 6 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ตอบแบบสอบถามและลักษณะของครอบครัว

**ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับพิษกระท่อม ประกอบด้วยข้อคำถามถูก-ผิด 12 ข้อ และแบ่งระดับความรู้เป็น 2 ระดับโดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์คะแนนที่ 75%

**ส่วนที่ 3** ทศนคติเกี่ยวกับพิษกระท่อม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ และ

มีระดับความเห็น 5 ระดับ นำคะแนนรวมมาจัดกลุ่มเป็น 2 ระดับ คือ

ทัศนคติที่ไม่เหมาะสมต่อพืช

กระท่อม 10-30 คะแนน

ทัศนคติที่เหมาะสมต่อพืช

กระท่อม 31-50 คะแนน

#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้พืช

กระท่อมของกลุ่มตัวอย่างและผู้ใกล้ชิด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกต่อตนเอง (RSES-TR-10)<sup>13</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ และมีระดับความเห็นเป็น 4 ระดับ คะแนนรวมที่มีค่ามากแสดงถึงความภาคภูมิใจแห่งตนมาก โดยแบบสอบถามนี้ไม่มีจุดตัดเพื่อแบ่งระดับความรู้สึก<sup>14</sup>

#### ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัด

สุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต<sup>15</sup> แบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับ แบ่งระดับสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับ ดังนี้

51-60 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

44-50 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึงสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำข้อคำถามที่ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Indexes of Item- Objective Congruence:

IOC) ต่ำกว่า 0.5 ไปปรับแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนเพื่อประเมินความเที่ยงของข้อคำถามด้านความคิดเห็น โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = 0.812

#### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยประสานไปยังโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองทั้ง 6 แห่งที่ถูกคัดเลือกเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในแต่ละระดับชั้น กลุ่มตัวอย่างถูกการสุ่มตามความสะดวก (convenience sampling) และทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน QR code ใน google form ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้ตอบแบบสอบถามทุกรายจะได้รับรางวัลแจกันสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการและยืนยันการเข้าร่วมโครงการโดยลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม (informed consent) ร่วมกับการได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองเนื่องจากเป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์หาความชุกของการใช้พืชกระท่อม พฤติกรรมการใช้ และปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ chi-square test และ Independent sample T-test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และการใช้พืชกระท่อมของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติ binary logistic

regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย การใช้พืชกระท่อมในกลุ่มตัวอย่าง

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565-163 ลงวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2565

### ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 720 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.2 อายุเฉลี่ย 15 ปี กำลังศึกษาใน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3, 5 และ 2 (ร้อยละ 20.3, 19.9 และ 17.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ พักอาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดา (ร้อยละ 84.5) พักร่วมกับญาติ (ร้อยละ 9.7) และพัก ร่วมกับผู้อื่นในที่พักแบบเช่า เช่น หอพัก (ร้อยละ 4.0) ลักษณะครอบครัวของกลุ่ม ตัวอย่างพบว่าเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวที่ อาศัยอยู่เฉพาะพ่อแม่และลูก (ร้อยละ 50.1) และเป็นแบบครอบครัวขยายที่อาศัยอยู่ ร่วมกันระหว่าง พ่อ แม่ ลูก และญาติพี่น้อง (ร้อยละ 33.9) ความสัมพันธ์ของคนใน ครอบครัวเป็นแบบทะเลาะกันบ้าง แต่ สามารถแก้ไขปัญหาภายในครอบครัวได้ (ร้อยละ 53.5) ในขณะที่มีลักษณะแตกแยก และมีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 1.8

ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการสันทนนาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคย ดื่มสุราและของมีนเมาแต่เล็กแล้วร้อยละ 23.6 และปัจจุบันยังดื่มอยู่ร้อยละ 19.4 เคย สูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าแต่เล็กแล้วร้อยละ 17.4 และปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 6.9 เคย ใช้กัญชาในรูปแบบต่าง ๆ แต่เล็กแล้วร้อยละ 7.5 และปัจจุบันยังใช้ร้อยละ 4.0 และเคย ใช้ยาแก้ไอน้ำดำเพื่อการเสพติดหรือ “สี่คูณ ร้อย” แต่เล็กแล้วร้อยละ 4.3 และปัจจุบัน ยังคงใช้ร้อยละ 1.9

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ที่ ไม่เหมาะสมร้อยละ 82.2 และมีระดับความรู้ ที่เหมาะสมร้อยละ 17.8 และกลุ่มตัวอย่างมี ระดับทัศนคติที่เหมาะสมร้อยละ 54.9 และ ระดับทัศนคติที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 45.1 เมื่อ ประเมินความภาคภูมิใจต่อตนเองด้วย เครื่องมือ RSES-TR-10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ค่าคะแนนเฉลี่ย 27.7 (4.50) และเมื่อวัด สุขภาพจิตด้วยเครื่องมือ TMHI-15 ของกรม สุขภาพจิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี สุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 58.8 และมีสุขภาพที่เท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 25.4 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ใช้พืช กระท่อมเพื่อสันทนนาการ จำนวน 168 คน (ร้อยละ 23.3) โดยแบ่งเป็นผู้ที่เลิกใช้แล้ว 117 คน (ร้อยละ 16.3) และปัจจุบันยังใช้ กระท่อมอยู่ 51 คน (ร้อยละ 7.0) กลุ่ม ตัวอย่างเห็นว่าสามารถซื้อหาไปกระท่อมได้

ค่อนข้างง่าย (ร้อยละ 52.5) และซื้อหาได้ง่ายมาก (ร้อยละ 36.0) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้กระท่อมจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มใช้พืชกระท่อมเพราะต้องการทดลองด้วยตนเอง (ร้อยละ 67.3) และถูกเพื่อนหรือรุ่นพี่ในโรงเรียนชักชวนร้อยละ 18.5 เหตุผลสำคัญของการเริ่มใช้กระท่อม คือ การอยากทดลอง (ร้อยละ 80.9) ใช้เพื่อความสนุกสนาน ผ่อนคลาย (ร้อยละ 19.6) และใช้เพื่อการสังสรรค์กับผู้อื่น เช่น เพื่อน รุ่นพี่ (ร้อยละ 19.0) รูปแบบของกระท่อมที่เคยใช้คือน้ำดื่มกระท่อม (ร้อยละ 77.9) ดมน้ำกระท่อมแล้วผสมกับเครื่องดื่มอื่น เช่น ยาแก้ไอ น้ำอัดลม เพื่อทำเป็นเครื่องดื่ม 4X100 (ร้อยละ 29.2) และเคี้ยวใบสด (ร้อยละ 19.0) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ใช้กระท่อมเดือนละ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 68.5) และใช้ 1-2 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 19.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ใบกระท่อมมากกว่า 10 ใบต่อวัน (ร้อยละ 48.8)

แหล่งที่สามารถซื้อหาใบกระท่อมได้แก่ ตลาดสด หรือในท้องถนน (ร้อยละ 41.1) ซื้อหรือขอจากเพื่อนหรือรุ่นพี่ (ร้อยละ 29.2) ปลูกไว้ใช้เอง (ร้อยละ 21.4) และสั่งซื้อได้จากช่องทางออนไลน์ (ร้อยละ 11.3) ตามลำดับ

เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้พืชกระท่อมของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มของการใช้กระท่อมเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจุบันใช้กระท่อม (N=51) และปัจจุบันไม่ใช้กระท่อม (N=669) แล้ววิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับปัจจัยนำ (Predisposing factors), ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) โดยพบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระท่อมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ระดับทัศนคติต่อพืชกระท่อม, การดื่มสุรา เบียร์หรือของมีแอลกอฮอล์อื่น ๆ, การสูบบุหรี่ ธรรมดา บุหรี่ไฟฟ้า, การใช้กัญชาเช่น สูดดมกิน ดม และการใช้ยาแก้ไอ น้ำดำเพื่อการเสพติด (p-value<0.001) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำและการใช้พืชกระท่อมของกลุ่มตัวอย่าง (N=720)

\*\*กลุ่มปัจจุบันไม่ใช้กระท่อมหมายรวมถึงกลุ่มที่ไม่เคยใช้กระท่อมและเคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้แล้ว (ต่อ)

ปัจจัยนำ	ปัจจุบันใช้กระท่อม จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจุบันไม่ใช้กระท่อม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ	p-value
ระดับทัศนคติต่อพืชกระท่อม			37.655 <sup>a</sup>	<0.001*
ไม่เหมาะสม	49 (12.4)	346 (87.6)		
เหมาะสม	2 (0.6)	323 (99.4)		

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำและการใช้พีชกระท่อมของกลุ่มตัวอย่าง (N=720)

\*\*กลุ่มปัจจุบันไม่ใช้กระท่อมหมายถึงรวมถึงกลุ่มที่ไม่เคยใช้กระท่อมและเคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้แล้ว

ปัจจัยนำ	ปัจจุบันใช้กระท่อม จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจุบันไม่ใช้กระท่อม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ	p-value
การดื่มสุรา เบียร์หรือของมีแอลกอฮอล์อื่น ๆ			49.063 <sup>a</sup>	<0.001*
ปัจจุบันดื่ม	29 (20.7)	111(79.3)		
ปัจจุบันไม่ดื่ม	22 (3.8)	558(96.2)		
การสูบบุหรี่หรือดมยา บุหรี่ไฟฟ้า			123.642 <sup>a</sup>	<0.001*
ปัจจุบันสูบ	23(46.0)	27(54.0)		
ปัจจุบันไม่สูบ	28(4.2)	642(95.8)		
ใช้กัญชาเช่น สูดดม กิน ดื่ม			91.492 <sup>a</sup>	<0.001*
ปัจจุบันใช้	15(51.7)	14(48.3)		
ปัจจุบันไม่ใช้	36(5.2)	655(94.8)		
การใช้อาแก้ออนไลน์สำหรับการเสพติด			54.362 <sup>a</sup>	<0.001*
ปัจจุบันใช้	8(57.1)	6(42.9)		
ปัจจุบันไม่ใช้	43(6.1)	663(93.9)		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Chi square

<sup>b</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Independent Samples t-test

ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระท่อมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การเคยเห็นพ่อ/แม่, พี่น้อง, ญาติ, คนรัก/คนที่ชอบ, เพื่อนในโรงเรียน, เพื่อนนอกโรงเรียน, รุ่นพี่ในโรงเรียน, รุ่นพี่นอกโรงเรียนใช้พีชกระท่อม (p-value<0.001), การเคยเห็นคนในกลุ่มตัวอย่างเคารพใช้พีชกระท่อม (p-value

=0.004), การเคยเห็นดาราดารา, net idol ใช้พีชกระท่อม (p-value=0.028), การเคยเห็นโฆษณาผ่านช่องทาง Facebook (p-value=0.04) และการเคยเห็นโฆษณาผ่านช่องทางกลุ่มไลน์เฉพาะ (p-value=0.004) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมและการใช้พีชกระทอมของกลุ่มตัวอย่าง (N=720)

\*\*\*กลุ่มปัจจุบันไม่ใช้กระทอมหมายถึงรวมถึงกลุ่มที่ไม่เคยใช้กระทอมและเคยใช้แต่ปัจจุบัน ไม่ได้ใช้แล้ว

ปัจจัยเสริม	ปัจจุบันใช้กระทอม จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจุบันไม่ใช้กระทอม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ	p-value
เคยเห็นพ่อ/แม่ใช้กระทอม			13.364	0.001*
เคย	13(17.3)	62(82.7)		
ไม่เคย	38(5.9)	607(94.1)		
เคยเห็นพี่น้องใช้กระทอม			54.460	<0.001*
เคย	33(20.2)	130(79.8)		
ไม่เคย	18(3.2)	539(96.8)		
เคยเห็นญาติใช้กระทอม			24.529	<0.001*
เคย	30(14.6)	176(85.4)		
ไม่เคย	21(4.1)	493(95.9)		
เคยเห็นคนรัก/คนที่ท่านชอบใช้กระทอม			53.237	<0.001*
เคย	26(23.4)	85(76.6)		
ไม่เคย	25(4.1)	594(95.9)		
เคยเห็นเพื่อนในโรงเรียนใช้กระทอม			22.589	<0.001*
เคย	42(11.6)	320(88.4)		
ไม่เคย	9(2.5)	349(97.5)		
เคยเห็นเพื่อนนอกโรงเรียนใช้กระทอม			27.799	<0.001*
เคย	44(12.1)	321(87.9)		
ไม่เคย	7(2.0)	348(98.0)		
เคยเห็นรุ่นพี่ในโรงเรียนใช้กระทอม			21.309	<0.001*
เคย	35(12.7)	241(87.3)		
ไม่เคย	16(3.6)	428(96.4)		
เคยเห็นรุ่นพี่นอกโรงเรียนใช้กระทอม			52.479	<0.001*
เคย	46(15.2)	256(84.8)		
ไม่เคย	5(1.2)	413(98.8)		
เคยเห็นคนที่ท่านเคารพ เช่น ครู ใช้กระทอม			11.122	0.004*
เคย	9(19.1)	38(80.9)		
ไม่เคย	42(6.2)	631(93.8)		
เคยเห็นดารา, net idol, ที่ท่านชื่นชอบใช้กระทอม			5.496	0.028*
เคย	12(12.9)	81(87.1)		
ไม่เคย	39(6.2)	588(93.8)		
เคยเห็นโฆษณาแนะนำดื่มกระทอมผ่านช่องทาง Facebook			4.758	0.040*
เคย	36(8.9)	367(91.1)		
ไม่เคย	15(4.7)	302(95.3)		
เคยเห็นโฆษณาแนะนำดื่มกระทอมผ่านช่องทางกลุ่มไลน์เฉพาะ			10.192	0.004*
เคย	22(12.4)	155(87.6)		
ไม่เคย	29(5.3)	514(94.7)		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

<sup>a</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Chi square

<sup>b</sup> ทดสอบด้วยสถิติ Independent Samples t-test

ทั้งนี้ไม่พบว่ามีปัจจัยเอื้อในการศึกษาตัวใดที่มีความสัมพันธ์กับการใช้กระท่อมของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุตัวแปร (binary logistic regression) ด้วยเทคนิค Forward LR เพื่อหาปัจจัยทำนายการใช้กระท่อมเพื่อสันทนากการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยทำนายการใช้กระท่อมประกอบด้วย การเคยเห็นพี่น้องใช้กระท่อม ( $OR_{adj}=2.92$ ,  $95\%CI=1.38-6.19$ ,  $p-value = 0.005$ ), การเคยเห็นรุ่นพี่นอกโรงเรียนใช้กระท่อม ( $OR_{adj}=5.82$ ,  $95\%CI=2.04-16.62$ ,

$p-value = 0.001$ ), ระดับทัศนคติต่อพืชกระท่อมที่ไม่เหมาะสม ( $OR_{adj}=15.38$ ,  $95\%CI=3.36-70.36$ ,  $p-value<0.001$ ), การช้ยาแก้ไอ น้ำดำ เพื่อกาการเสพติด ( $OR_{adj}=14.51$ ,  $95\%CI=2.94-71.58$ ,  $p-value = 0.001$ ) และการสูบบุหรี่ธรรมดา บุหรี่ไฟฟ้า ( $OR_{adj}=6.42$ ,  $95\%CI=2.89-14.23$ ,  $p-value <0.001$ ) โดยปัจจัยทั้ง 5 ตัวสามารถทำนายพฤติกรรมกาใช้กระท่อมเพื่อสันทนากการของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 45.8 (Nagelkerke R Square=0.458) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ปัจจัยทำนายการใช้พืชกระท่อมเพื่อการสันทนากการของกลุ่มตัวอย่าง (N=720)

ปัจจัยทำนาย	ปัจจุบันใช้กระท่อม จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจุบันไม่ใช้กระท่อม จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
เคยเห็นพี่น้องใช้กระท่อม			7.60	2.92	1.38-6.19	0.005
เคย	33(20.2)	130(79.8)				
ไม่เคย <sup>ref</sup>	18(3.2)	539(96.8)				
เคยเห็นรุ่นพี่นอกโรงเรียนใช้ กระท่อม			14.84	5.82	2.04-16.62	0.001
เคย	46(15.2)	256(84.8)				
ไม่เคย <sup>ref</sup>	5(1.2)	413(98.8)				
ระดับทัศนคติต่อพืชกระท่อม			22.87	15.38	3.36-70.36	<0.001
ไม่เหมาะสม	49 (12.4)	346 (87.6)				
เหมาะสม <sup>ref</sup>	2 (0.6)	323 (99.4)				
การช้ยาแก้ไอ น้ำดำ เพื่อกาการ เสพติด			20.56	14.51	2.94-71.58	0.001
ปัจจุบันช้	8(57.1)	6(42.9)				
ปัจจุบันไม่ช้ <sup>ref</sup>	43(6.1)	663(93.9)				
การสูบบุหรี่ธรรมดา บุหรี่ ไฟฟ้า			19.53	6.42	2.89-14.23	<0.001
ปัจจุบันสูบ	23(46.0)	27(54.0)				
ปัจจุบันไม่สูบ <sup>ref</sup>	28(4.2)	642(95.8)				

## วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กและเยาวชน อายุระหว่าง 12-18 ปี มีประสบการณ์ใช้กระท่อมเพื่อสันทนการมากถึงร้อยละ 23.3 ในขณะที่ร้อยละ 7.0 นั้นยังคงใช้กระท่อมอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการใช้กระท่อมจากโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 ที่พบว่ามีอัตราการใช้กระท่อมเพียงร้อยละ 1.6<sup>8</sup> และการศึกษาของณิรุตช วรโธสง ที่พบความชุกของการใช้สารเสพติดร้อยละ 4.1 และใช้กระท่อมร้อยละ 0.5<sup>16</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการยกเลิกสถานะสารเสพติดของพืชกระท่อมในปัจจุบันซึ่งทำให้เยาวชนสามารถเข้าถึงกระท่อมได้ง่ายกว่าในอดีตมาก อย่างไรก็ตาม ตามพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2565 จะพบว่า ห้ามจำหน่ายพืชกระท่อมแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี<sup>17</sup> การสามารถเข้าถึงพืชกระท่อมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาซึ่งอายุต่ำกว่า 18 ปี จึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขต่อไป นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างนำน้ำต้มกระท่อมไปผสมกับเครื่องดื่มอื่น เช่น ยาแก้ไอ น้ำดำหรือน้ำอัดลม ทำเป็นเครื่องดื่ม 4x100 เพื่อการเสพติดย่อมจะก่อให้เกิดผลเสียโดยตรงทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทั้งนี้ ธวัชรัตน์ ชยาอนันตพัฒน์<sup>8</sup> ได้พบการวินิจฉัยโรคร่วม

ทางจิตเวชในผู้เสพพืชกระท่อม ดังนี้ คือ กลุ่มโรคจิตจากการใช้สารเสพติด (กระท่อม) ร้อยละ 33.6 และกลุ่มอาการร่วมดังกล่าวสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเสพมากที่สุด

2. ปัจจัยทำนายการใช้กระท่อมเพื่อสันทนการของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ประกอบด้วยปัจจัยนำและปัจจัยเสริม ในส่วนของปัจจัยนำ (Predisposing factors) พบว่าระดับทัศนคติต่อพืชกระท่อมที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อการใช้พืชกระท่อมเพื่อสันทนการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสังคม สุภรัตน์กุล<sup>19</sup> ที่พบว่าทัศนคติที่ถูกต้องต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด ( $r=0.485$ ;  $p\text{-value}<0.01$ ) แสดงให้เห็นว่าหากเด็กและเยาวชนมีทัศนคติที่เหมาะสมจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดซึ่งรวมถึงการใช้กระท่อมได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การเข้าแก๊งค์เพื่อการเสพติดและการสูบบุหรี่หรือดมยาหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยทำนายการใช้กระท่อมเพื่อสันทนการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดาริกา ไสงาม และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่าการใช้กระท่อม มีอัตราความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ 11 เท่า และเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ 3 เท่า ตามลำดับ ในส่วนของปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) พบว่า การเคยเห็นพี่น้องใช้กระท่อม และการเคยเห็นรุ่นพี่นอกโรงเรียนใช้กระท่อมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการ

ใช้พีชกระท่อมของเด็กและเยาวชน สอดคล้องกับการศึกษาของศุภกิติดี เลขวิจิตร และคณะ<sup>9</sup> ที่พบว่าสาเหตุของ เยาวชนเสพติดน้ำกระท่อมเกิดจากการมี เพื่อนสนิท รุ่นพี่หรือพี่น้องที่ติดน้ำกระท่อม หรือเกิดจากการเลียนแบบ เป็นต้น

### ข้อยุติ (Conclusions)

นักเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัด อุบลราชธานีมีความชุกในการใช้พีชกระท่อม เพื่อสันทนากการร้อยละ 7.0 โดยพบว่าปัจจัย นำและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะที่ไม่เหมาะสมและ การมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การชื้อยาแก้ไอ เพื่อการเสพติดและการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ ไฟฟ้า รวมถึงปัจจัยเสริม ได้แก่ การเคยเห็น บุคคลใกล้ชิด เช่น พี่น้องหรือรุ่นพี่ใช้พีช กระท่อม จะส่งผลต่อการใช้พีชกระท่อมเพื่อ สันทนากการของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. สถานศึกษาควรมีมาตรการหรือ กลวิธีในการส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ ถูกต้องต่อการใช้พีชกระท่อมและสารเสพติด ให้แก่นักเรียนตั้งแต่ระดับประถมศึกษาเป็น ต้นไป เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจาก การใช้สารเสพติดรวมถึงพีชกระท่อมในทางที่ผิด
2. สถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ ควรมีบทบาทร่วมกับสถานศึกษาในการ

ส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องต่อการ ใช้พีชกระท่อมและสารเสพติดของนักเรียน และควรมีมาตรการเฝ้าระวังดูแลการใช้พีช กระท่อมในเด็กและเยาวชนที่ครอบคลุมทั้ง ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน พร้อมทั้งมี การเตรียมการเพื่อรองรับการให้บริการแก่เด็ก และเยาวชนที่ทดลองใช้พีชกระท่อมแล้วเกิด ปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

3. ผู้บังคับใช้กฎหมายต้องเฝ้าระวัง และมีการดำเนินการอย่างชัดเจนต่อผู้ฝ่าฝืน จำหน่ายพีชกระท่อมให้แก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือผู้ที่จำหน่ายพีชกระท่อมในสถานที่ ห้ามจำหน่าย เพื่อจำกัดการเข้าถึงพีช กระท่อมของเด็กและเยาวชน

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

หลังจากการถอดพีชกระท่อมออกจาก สารเสพติด พบว่านักเรียนมัธยมศึกษา มีการ ใช้กระท่อมเพื่อสันทนากการเพิ่มมากขึ้นซึ่ง อาจเป็นผลจากการเข้าถึงพีชกระท่อมที่ง่าย ขึ้นรวมถึงปัญหาของการบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ทักษะที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การชื้อยาแก้ไอเพื่อการเสพติดและการ สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงปัจจัยเสริม ได้แก่ การเคยเห็นบุคคลใกล้ชิด เช่น พี่น้อง หรือรุ่นพี่ใช้พีชกระท่อม นั้นสามารถทำนาย พฤติกรรมการใช้พีชกระท่อมเพื่อสันทนากการ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาได้ จึงควร ผลการศึกษาข้างต้นในการออกแบบ

มาตรการป้องกันการใช้สารเสพติดและพืช  
กระท่อมในนักเรียนมัธยมศึกษา

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหารและ  
คณาจารย์ในสถานศึกษาทั้ง 6 แห่งในอำเภอ

เมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่อำนวยความสะดวก  
สะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ  
ผู้ปกครองและนักเรียนทุกท่านที่ร่วมตอบ  
คำถามออนไลน์ของการศึกษานี้

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Centre of Addiction Study. The conclusions of Kratom [online] 2020 [cited 2022 September 21]. Available from: <https://cads.in.th/cads/media/upload/1594881548-Kratom%20Final.pdf> [in Thai].
2. Substance Abuse Academic, Research and Information Network, Prince of Songkla University. The study of patterns and effects of Kratom use and/or narcotic substances containing Kratom in the upper South. Bangkok: Charansanitwong Publishing; 2010. [in Thai].
3. Fluyau D, Revadigar N. Biochemical Benefits, Diagnosis, and Clinical Risks Evaluation of Kratom. *Front Psychiatry* 2017; 8(62): 1-8.
4. Nelsen JL, Lapoint J, Hodgman MJ, Aldous KM. Seizure and coma following Kratom (*Mitragynina speciosa* Korth) exposure. *J. Med. Toxicol* 2010; 6(4): 424-426.
5. Hassan Z, Muzaimi M, Navaratnam V, Yusoff NH, Suhaimi FW, Vadivelu R, et al. From Kratom to mitragynine and its derivatives: physiological and behavioural effects related to use, abuse, and addiction. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37(2): 138-151.
6. Swogger MT, Walsh Z. Kratom use and mental health: A systematic review. *J Drug Alcohol Depend* 2018; 183: 134-140.
7. Hassan Z, Muzaimi M, Navaratnam V, Yusoff N, Suhaimi F, Vadivelu R et al. From Kratom to mitragynine and its derivatives: Physiological and behavioural effects related to use, abuse, and addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2013; 37(2):138-151.

8. Sai-ngam D, Gether A, Jitpibool W. Prevalence of alcohol drinking, Kratom usage, and 4X100 usage. Case study: Namphu District Area Ban Na San District, Surat Thani Province and analyzing the prevalence of these substances in the Thai population from secondary databases. Center of Alcohol studies; 2020. [in Thai].
9. Lekwijit S, Damrongwattana J, Onchun P, Boonying P. The behavior of youth addiction of Kratom boiled water a case study a group of youth in Nakhon Si Thammarat. *Journal of Social Science Development* 2020; 3(1): 16-29. [in Thai].
10. Narcotic Act (Volume 7) B.E. 2019. Government Gazette No.116 Section 19A. (dated February 18, 2019). [in Thai].
11. Narcotic Act (Volume 8) B.E. 2021. Government Gazette No.138 Section 35 A. (dated May 26, 2021). [in Thai].
12. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEED MODEL in health promotion. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2009; 12(1): 38-48. [in Thai].
13. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and the revised version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investig* 2012; 9(1): 54-58. [in Thai].
14. Piyavhatkul N, Aroonpongpaisal S, Patjanasontorn N, Rongbuttsri S, Maneeganondh S, Pimpanit W. Validity and Reliability of the Rosenberg Self-Esteem Scale-Thai Version as Compared to the Self-Esteem Visual Analog Scale. *J Med Assoc Thai* 2011; 94(7): 857-862. [in Thai].
15. Mongkon A, Wongpiromsarn Y, Tungseere T, Hatphanom V, Romsai P, Jutha V. Development and testing the Thai Mental Health Index (Version 2007) [online] 2007 [cited September 20, 2022]. Available from: [https://dmh.go.th/test/download/files/TMHI55\\_thai.pdf](https://dmh.go.th/test/download/files/TMHI55_thai.pdf) [in Thai].
16. Wontaisong N. Substance literacy secondary students, Sakonnakhon Pattanasuksa school, Sakonnakorn province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2019; 7(2): 215-229. [in Thai].

17. **Kratom Act B.E. 2022.** Government Gazette No.139 Section 52 A. (dated August 26, 2022). [in Thai].
18. Chayaanantapat T. Prevalence of comorbid psychiatric manifestations and related factors of Kratom used among patients in Vachira phuket Hospital. **Region 11 Medical Journal** 2019; 35(2): 1-16. [in Thai].
19. Suparatanagool S. The associated of perception, attitude with self-defense behavior from drugs in the trading and outbreak Areas in Udon Thani Province. **Thai Journal of Addiction** 2017; 5(1): 25-39. [in Thai].

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลโคกกลาง อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

ทรงวุฒิ พันหล่อมใส\*

## บทคัดย่อ

การศึกษากาตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วม, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลโคกกลาง อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 373 คน โดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ และเจ้าหน้าที่รัฐ จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า 1) การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.05$  S.D.=.62) ได้แก่ การประชุมจัดทำแผน ( $\bar{X}=3.09$  S.D.=.26), การพัฒนาระบบข้อมูล ( $\bar{X}=3.04$  S.D.=.31) และการขับเคลื่อน ( $\bar{X}=3.03$  S.D.=.33) 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของชุมชน และบทบาทท้องถิ่น มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์เท่ากับ .585 .025 และ -.045

**คำสำคัญ:** ปัจจัย, การมีส่วนร่วม, อุบัติเหตุทางถนน, การป้องกัน

---

\*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวงใหญ่ อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

Corresponding Author: Songwut Punlomso E-mail: Kunin201@hotmail.com

Received 03/02/2023

Revised 01/03/2023

Accepted 27/03/2023

## FACTORS INFLUENCING PARTICIPATION IN DEVELOPING A MODEL TO PREVENT ROAD ACCIDENTS IN KHOKKLANG SUBDISTRICT NONSAAT DISTRICT UDONTHANI PROVINCE

*Songwut Punlomsa\**

### ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to study the level of participation, the factors influencing the participation in the development model to prevent road accidents in Khokklang Subdistrict, Nonsaat District, Udonthani Province. The sample consisted of 373 stratified samples and 10 government officials purposively selected. The research tools were questionnaires and interview forms. The statistics used in the data analysis were frequency, percentage and multiple regression analysis.

The results showed that: 1) Public participation, The overall level is moderate. ( $\bar{X}$ =3.05 S.D.=.62). The plan meeting ( $\bar{X}$ =3.09 S.D.=.26), the information system development ( $\bar{X}$ =3.04 S.D.=.31), and the road accident prevention drive ( $\bar{X}$ =3.03 S.D.=.33) 2) Factors influencing the participation: Leadership, Community participation aspect and Local role has a predictive coefficient of .585, .025 and -.045

**Keywords:** Factors, Participation, Road accidents, Prevention

---

\*Nongweangyai Subdistrict Health Promoting Hospital Nonsaat District Udonthani Province

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก<sup>1</sup> และประเทศไทย ส่วนใหญ่เกิดจากรถจักรยานยนต์ รถยนต์ โดยมีสาเหตุจากบุคคล ยานพาหนะ สภาพถนนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสร้างความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ<sup>2</sup> และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน สอดคล้องกับสถิติข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ในปี 2560 – 2564 จำนวน 21,607 ราย, 19,931 ราย, 19,904 ราย, 17,831 ราย และ 16,957 ราย อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร คือ 33.14, 30.47, 30.36, 27.20 และ 25.92 มีผู้บาดเจ็บเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 239,891 ราย, 242,512 ราย, 254,536 ราย, 233,941 ราย และ 192,841 ราย ตามลำดับ โดยในช่วงเทศกาลปีใหม่ ปี 2564 สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เกิดจากการขับขี่ยานพาหนะเร็ว ร้อยละ 45.91 เมื่อดำเนินการ ร้อยละ 25.76 ยานพาหนะที่เกิดเหตุได้แก่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 73.21 ส่วนใหญ่เกิดเหตุบนถนนทางหลวง ร้อยละ 37.80 เขต อบต. ร้อยละ 35.67 วัยแรงงาน ร้อยละ 58.67 เกิดเหตุสูงสุด และเป็นคนในพื้นที่ ร้อยละ 59.18 มักเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 56.38 ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บและผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง<sup>3</sup> แต่อุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้นในช่วงเทศกาลก็ยังเพิ่มขึ้นจากช่วงปกติเกือบ 2 เท่า และผู้ขับขี่

รถจักรยานยนต์บาดเจ็บเสียชีวิต พิการ มากที่สุด<sup>4</sup>

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญ และมีนโยบายที่จะป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยมีมาตรการและวิธีการแก้ไขปัญหาจากทางภาครัฐแต่ส่วนใหญ่เพื่อให้ถือปฏิบัติ<sup>5</sup> ยังขาดการอาศัยกลไกของประชาชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยสร้างเครือข่ายในชุมชน ทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและลดอุบัติเหตุ เสริมสร้างความร่วมมือ ก่อเกิดความตระหนัก รับรู้ และมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ดูแลสิทธิประโยชน์ของประชาชน เพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน<sup>6</sup> ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประสานหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ เพื่อดำเนินการ เพื่อคนไทยทุกคนมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น สร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจให้ยั่งยืน มีเป้าหมายส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายภาคประชาชนให้เข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการประสานงานระหว่างกลุ่มภาคี เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และมีมาตรการในชุมชนช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและลดอุบัติเหตุ โดยมีโครงการส่งเสริมเชิงรุกในการป้องกัน และลดการเกิดอุบัติเหตุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเฝ้าระวังในชุมชนอย่างจริงจังและรอบด้าน<sup>7</sup>

จังหวัดอุดรธานีในปี 2560 – 2564 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 479 ราย, 382 ราย, 344 ราย, 303 ราย และ 292 ราย อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร คือ 30.41, 24.20, 21.78, 19.18 และ 18.60 ตามลำดับ<sup>3</sup> จากรายงานข้อมูลของอำเภอโนนสะอาด ในปี 2563 - 2565 พบว่ามีผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตจำนวน 474/6 ราย, 347/11 ราย และ 374/6 ราย ตามลำดับ โดยพื้นที่ตำบลโคกกลาง มีผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต จำนวน 13/- ราย, 21/- ราย และ 37/2 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ใช้รถใช้ถนนในชุมชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงควรมีบทบาทอย่างยิ่งในการป้องกันและลดอุบัติเหตุ และมีแนวทางการปฏิบัติที่ยอมรับร่วมกัน มีการปลูกฝังความรู้ด้านการขับขี่อย่างปลอดภัยเพื่อการป้องกันและลดอุบัติเหตุ เพื่อประโยชน์และชีวิตของประชาชนในชุมชน<sup>๕</sup>

การศึกษามีส่วนร่วมของประชาชนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลโคกกลาง อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี จะทำให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน สามารถนำข้อมูลไปเพื่อใช้พัฒนาเกี่ยวกับการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนให้มากยิ่งขึ้น และเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้

เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลโคกกลาง อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลโคกกลาง อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลโคกกลาง อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

### วิธีการศึกษา (Method)

#### รูปแบบการศึกษา (Study design)

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

#### ประชากร และ กลุ่ม ตัวอย่าง (Population and sample)

ประชากร (Population) ได้แก่ ประชาชนทั้งชาย และหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐในพื้นที่ จำนวน 3,013 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือน
2. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และให้ข้อมูลแบบสอบถามได้
3. มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
4. เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐ ได้แก่ ผู้บริหารหน่วยงานรัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่

**กลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)** ได้แก่ กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 373 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่รัฐในการตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 10 คน

**การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size)** ใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากร<sup>9</sup> สูตร  $n = \frac{NZ^2\alpha/2 p(1-p)}{e^2 (N-1) + Z^2\alpha/2 p(1-p)}$  โดยกำหนดให้ 1) ระดับความแม่นยำ  $e = 0.05$  2) ระดับความเชื่อมั่น  $Z = 2.58$  ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% และ 3) ระดับของความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดลองเก็บข้อมูลในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง ในเขตอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี พบว่าสัดส่วนของการมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เป็นร้อยละ 20 ( $p = 0.20$ ) แทนค่าในสูตรได้  $n = 373$  คน

#### **การสุ่มตัวอย่าง (Sampling)**

- 1) กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามใช้วิธีการสุ่มแบบ

แบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็น 8 กลุ่มตามจำนวนหมู่บ้าน หาสัดส่วนประชากรของแต่ละหมู่บ้านเทียบกับประชากรรวมทั้งหมด นำสัดส่วนที่ได้ของแต่ละหมู่บ้านมาคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างเทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละบ้านแล้วทำการจับฉลากรายชื่อจนครบตามจำนวน และ 2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

#### **เครื่องมือในการศึกษา**

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย 1) ด้านการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน 10 ข้อ 2) ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ 10 ข้อ และ 3) ด้านการประชุมจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 10 ข้อ รวม 30 ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย 1) ด้านภาวะผู้นำ 6 ข้อ 2) ด้านการรับรู้บทบาท 6 ข้อ 3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน 6 ข้อ 4) ด้านบทบาทของภาคีเครือข่าย 6 ข้อ 5) ด้านบทบาทท้องถิ่น 6 ข้อ รวม 30 ข้อ

โดยตอนที่ 2 - 3 เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ดังนี้ ตอบ 1 - 5 หมายถึง น้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มาก และมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 - 5 ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผล แบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ช่วง ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80, 1.81- 2.60, 2.61- 3.40, 3.41- 4.20 และ 4.21 - 5.00 ตามลำดับ<sup>10</sup>

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นคำถามประเภทสัมภาษณ์เชิงลึกในภาคสนาม

2. แบบสัมภาษณ์ (Interview) ประเด็นการสัมภาษณ์ ได้แก่ การขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน, การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่, การประชุมจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับประชาชนในเขตตำบลบึงแก้ว อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี จำนวน 40 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) มีค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.853<sup>11</sup>

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์

1. จัดทำหนังสือประสานต่อ ผู้นำชุมชน หน่วยงาน เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา

2. ประชุมผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทาง และขั้นตอนการทำวิจัย

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม โดยผู้ช่วยวิจัย และเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และระดับการมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบเป็นลำดับขั้น

3. การวิเคราะห์ความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2565 รหัสโครงการ UDREC 0866

จำนวน 213 คน (57.10) เพศหญิง จำนวน 160 คน (42.90) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 207 คน (55.50) รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 105 คน (28.15) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 232 คน (62.20) ข้าราชการ จำนวน 141 คน (37.80) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

**ผลการศึกษา (Results)**

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี จำนวน 164 คน (43.97) อายุ 18-30 ปี จำนวน 119 คน (31.90) เพศชาย

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (n=373)

ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม		จำนวน	ร้อยละ
อายุ	อายุตั้งแต่ 18-30 ปี	119	31.90
	31-40 ปี	164	43.97
	41-50 ปี	44	11.80
	51 ปี ขึ้นไป	46	12.33
	<b>รวม</b>	<b>373</b>	<b>100.00</b>
เพศ	ชาย	213	57.10
	หญิง	160	42.90
	<b>รวม</b>	<b>373</b>	<b>100.00</b>
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	207	55.50
	ปริญญาตรี	105	28.15
	สูงกว่าปริญญาตรี	61	16.35
	<b>รวม</b>	<b>373</b>	<b>100.00</b>
อาชีพ	เกษตรกรรม	232	62.20
	ข้าราชการ	141	37.80
	<b>รวม</b>	<b>373</b>	<b>100</b>

2. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยรวมทุกด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง

( $\bar{X}$ =3.05 S.D.=.62) เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการประชุมจัดทำแผนการป้องกัน

อุบัติเหตุทางถนน ( $\bar{X}=3.09$  S.D.=.26) ด้าน  
การพัฒนาาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่  
( $\bar{X}=3.04$  S.D.=.31) และด้านการขับเคลื่อน

การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน  
( $\bar{X}=3.03$  S.D.=.33) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (n=373)

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน	3.03	.33	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่	3.04	.31	ปานกลาง
ด้านการประจําจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	3.09	.26	ปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	<b>3.05</b>	<b>.62</b>	<b>ปานกลาง</b>

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม  
ของประชาชน โดยรวมทุกด้าน อย่างมี  
นัยสำคัญ ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ $X_1$  ด้านการมี  
ส่วนร่วมของชุมชน $X_3$  ด้านบทบาทท้องถิ่น $X_5$

ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวมีค่าสัมประสิทธิ์ของตัว  
พยากรณ์ในคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .585 .025  
และ -.045 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ลำดับตัวแปรพยากรณ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญเกี่ยวกับ  
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมโดยรวมทุกด้าน (n=373)

ลำดับตัวแปรที่ คัดเลือก	B	S.E.	Beta	t	P-value	Collinearity Statistics	
						Tolerance	VIF
<b>ค่าคงที่</b>	.152	.003		50.427	.000*	.146	.158
ภาวะผู้นำ $X_1$	.585	.002	.699	259.170	.000*	.581	.590
การรับรู้บทบาท $X_2$	.977	.003	1.374	291.257	.230	.971	.984
การมีส่วนร่วมของ ชุมชน $X_3$	.025	.001	.047	24.504	.000*	.023	.027
บทบาทของภาคี เครือข่าย $X_4$	-.130	.002	-.188	-75.473	.803	-.134	-.127
บทบาทท้องถิ่น $X_5$	-.045	.002	-.027	-24.992	.000*	-.049	-.042

$$SE_{est} = \pm 0.0141$$

$$R = .994; R^2 = .983; \text{Adj. } R^2 = .983; F = 6235.289; p\text{-value} = 0.01$$

\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์ประสานงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน, การเพิ่มช่องทางการติดต่อประสานงานที่รวดเร็ว, การส่งเสริมบทบาทและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานรัฐ และผู้นำชุมชน ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุ, การกำหนดแผนงานและมาตรการป้องกัน, การใช้ทรัพยากรร่วมกัน, การนำแผนไปปฏิบัติ, การแก้ไขจุดเสี่ยง, การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการติดตามประเมินผล

#### วิจารณ์ (Discussions)

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้านการประชุมจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน, ด้านการพัฒนาาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ และด้านการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่จุดเสี่ยง ตำบลปุงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า บทบาทหน้าที่ การดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นเมื่อมีการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )<sup>12</sup>

โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านบทบาทท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน<sup>13</sup> สอดคล้องกับการศึกษาสรุปบทเรียนการพัฒนาโครงการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ระดับอำเภอ กรณีศึกษาอบต. เป็นสุข อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์<sup>14</sup> พบว่าการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน การวางแผนปฏิบัติงานร่วมกัน และมีมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุส่งผลให้ผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนสูงขึ้น และความต่อเนื่องในการดำเนินงานโดยมีผู้นำถือเป็นตัวช่วยเสริมแรงให้คณะทำงานเกิดความร่วมมือการบูรณาการงานร่วมกันจากหน่วยงานทุกระดับจนเป็นวัฒนธรรมองค์กรป้องกันอุบัติเหตุทางถนน<sup>15</sup>

ส่วนความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนนั้น ได้แก่ การพัฒนาโดยการจัดตั้งศูนย์ประสานงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน, การเพิ่มช่องทางการติดต่อประสานงานที่รวดเร็ว, การส่งเสริมบทบาทและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานรัฐ และผู้นำ

ชุมชน ด้วยการจัดทำนโยบาย แผนงาน โครงการ การวิเคราะห์ข้อมูล การนำแผนไปสู่ การปฏิบัติ หน่วยงานภาครัฐให้การสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงจุดอันตราย<sup>16</sup> เช่น การซ่อมแซมถนนที่ชำรุด ซ่อมแซมป้ายจราจร<sup>17</sup> การจัดบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน การเพิ่มและบังคับใช้ มาตรการตามข้อเสนอแนะของชุมชน การอบรมให้ความรู้ การจัดทำฐานข้อมูลอุบัติเหตุ การติดตาม และการสะท้อนผลการ ปฏิบัติงาน เพื่อคืนข้อมูลในเวทีการประชุม ร่วมกันของทุกภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาการจัดการจุดเสี่ยงการเกิด อุบัติเหตุทางถนนชุมชนเขตเมือง กรณีศึกษา ชุมชนโคราชศฤงคารนิทอง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และการศึกษาการพัฒนาความปลอดภัยทาง ถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อน การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน โดยชุมชนควรมี อิสระในการคิด หรือเรียกว่ามีการวางแผน ร่วมกัน จากการวางเป้าหมายร่วมกันเพื่อ ร่วมกันแก้ไขปัญหา ปฏิบัติตามแนวทางที่ ร่วมกันคิดไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งหลัง จาก การปฏิบัติแล้วมีการนำผลงานหรือปัญหาที่ เกิดขึ้นมาปรึกษา และแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับ ชุมชน<sup>18-20</sup>

## ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึง ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ว่าอยู่ใน ระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมี ส่วนร่วม ได้แก่ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของ ชุมชน และบทบาทท้องถิ่น ที่จะส่งผลต่อการ พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบล โคกกลาง อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

## ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ผู้นำชุมชนหรือบุคลากรหน่วยงาน ภาครัฐควรให้ความสำคัญในการประสานงานกับ ทุกฝ่าย เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทร่วม กำหนดนโยบาย ทิศทาง และร่วมขับเคลื่อน การดำเนินงานอย่างชัดเจน โดยมีหน่วยงาน ภาครัฐคอยให้การสนับสนุน
2. ในการป้องกัน และลดอุบัติเหตุทาง ถนนในชุมชนนั้น การขับเคลื่อน การ ดำเนินงาน ควรมีการพัฒนาาระบบข้อมูลที่ ชัดเจน ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และมีการ สื่อสารระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อใช้ในการ ประชุมจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทาง ถนนในชุมชน
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมจากที่ได้มีการ ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อนำมา วิเคราะห์หารูปแบบ ปัจจัย แนวทาง และ มาตรการเพื่อประยุกต์ใช้ให้มีประสิทธิผล และครอบคลุมต่อไป

### **สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)**

การมีส่วนร่วมของประชาชนส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในมาตรการต่าง ๆ การศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของชุมชน และบทบาทท้องถิ่น มีอิทธิพลใน

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่จะทำได้แนวทางการปฏิบัติงาน หรือวิธีการแก้ไข้ปัญหา เพื่อป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน

### **เอกสารอ้างอิง (References)**

1. Mohanty M, Gupta A. Factors affecting road crash modeling. *Journal of Transport Literature* 2015; 9(2): 15-19.
2. Retallack AE, Ostendorf B. Current understanding of the effects of congestion on traffic accidents. *International journal of environmental research and public health* 2019; 16(18): 1-13
3. Department of Disaster Prevention and Mitigation, Road Safety Thailand. *Public report 2021*. Bangkok: Kaewchaochom Media and Publishing Center; 2021. [in Thai].
4. World Health Organization. *Global status report on road safety 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Ministry of Public Health, Bureau of Epidemiology, the Office of Disease Prevention and Control 1-13. *Manual of injury investigation*. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited Branch 4; 2014. [in Thai].
6. Techapam C. *Effects of the empowerment program of Village Health Volunteer (VHV) in community health education operations*. in Pa Phai Subdistrict Municipality, San Sai District, Chiang Mai Province [Master Thesis in Public Health]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2018. [in Thai].
7. Department of Health Service Support. *Handbook of new Village Health Volunteer (VHV)*. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand; 2011. [in Thai].
8. Department of Health Service Support, Primary Health Care Division. *Standard training course*. Agricultural Cooperative of Thailand; 2011. [in Thai].
9. Chaimael P. *Sample size determination for descriptive*

- research in public health. **Thaksin University Journal** 2013; 2(16):9-18. [in Thai].
10. Ketsing W. Mean values and interpretation. **Educational research news** 1995; 18(3): 8-11. [in Thai].
11. Tirakanan S. **The creation of measuring Instruments in social science research: A guide to practice.** Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2007. [in Thai].
12. Kraikon N. Public participation model to reduce road accidents in risk areas, Bung Wai subdistrict, Warin Chamrap district. Ubon Ratchathani province. **Journal of Community Public Health** 2019; 5(2): 42-52. [in Thai].
13. Aroonumas A. Development of road accident Injury prevention operational model at district level. A case study of Thung Chang district, Nan province. **Lanna Public Health Journal** 2020; 16(1): 82-93. [in Thai].
14. Ministry of Public Health, Division of Non-Communicable Diseases. **Road accident prevention operational guidelines at area level.** Nonthaburi: Division of Non-Communicable Diseases; 2017. [in Thai].
15. Lund J, Aarø LE. Accident prevention. Presentation of a model placing emphasis on human, structural and cultural factors. **Safety science** 2004; 42(4): 271-324.
16. Valent F, Schiava F, Savonitto C, Gallo T, Brusaferrero S, Barbone F. Risk factors for fatal road traffic accidents in Udine, Italy. **Accident Analysis & Prevention** 2002; 34(1): 71-84.
17. Rahman S. Development of an accident prediction model for intersections of Dhaka City, Bangladesh. **International Journal of Computer Applications (0975 – 888).** 2012; 47(16): 10-16.
18. Polsripradit P, Phophim M. A study of road accident risk management studies in urban communities. A case study of the Korat Mansion Thong community, Nai Mueang subdistrict, Mueang Nakhon Ratchasima district Nakhon Ratchasima province. **Journal of Health Research and Development** 2018;4(1):66-76. [in Thai].
19. Kokphol O. **Public participation handbook for local administrators.** Bangkok: Sa Charoen Printing; 2009. [in Thai].

20. Sitthiwang C, Sunthorn N, Kanchai K, Mahawan C, Utoomporn N, Chaivud K, Technan K. Road safety development by using the mechanism of the District Health Board (DHB) to drive community participation and network partners in 6 pilot districts, Nan province. Nonthaburi: Research Institute Public health system; 2021. [in Thai].



# คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

## 1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาบททวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง และคำแนะนำสำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 ประเภท คือ ไม่ระบุ, \*น่าสนใจ (\*of special interest), และ \*\*น่าสนใจเป็นพิเศษ (\*\*of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกประเภทของเอกสารอ้างอิงในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

## 2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 18 ตัวเข้ม สำหรับภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด โดยชื่อเรื่องต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ หรือไม่ควรเกิน 20 คำ ชื่อเรื่องต้องไม่สับสนที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยให้ชื่อเต็ม ไม่ระบุคำนำหน้าชื่อ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้พิมพ์ไม่เกิน 7 คน

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้พิมพ์ปฏิบัติงาน อยู่ในขณะนั้น ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 Corresponding author ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.1.5 ชื่อแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคที่ดี ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 5 คำ

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 วิธีการศึกษา (Method) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

2.6.1 วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น หลักสูตร โปรแกรม ตัวแบบ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น รวมถึงตั้งแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (maneuver) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซงโดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ต่อได้ รวมทั้งการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.6.2 วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

แบบการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment เป็นต้น

ประชากรศึกษา เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก เป็นต้น ต้องบอกถึงการยินยอมจากตัวอย่างที่ศึกษา การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต

ตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ (sample size) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling) เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบบันทึก เป็นต้น รวมทั้งมาตรฐานของเครื่องมือ ความถูกต้อง (validity) ความน่าเชื่อถือ (reliability)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ/ปริมาณ ให้ชัดเจนและกระชับ

วิธีการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

## 2.7 ผลการศึกษา (Results)

นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ ลำดับหัวข้ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ควรบรรยายเนื้อเรื่องเป็นร้อยแก้ว ใช้ตารางหรือแผนภูมิ ภาพ กรองข้อความประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

## 2.8 วิจารณ์ (Discussions)

การวิพากษ์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นหรือข้อมูลที่ตีตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ รวมทั้งการวิพากษ์ระเบียบวิธีการศึกษา และข้อจำกัดในการศึกษาด้วย

## 2.9 ข้อยุติ (Conclusions)

สรุปข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยย่อ

## 2.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ความยาวไม่เกิน 200 คำ โดยให้ระบุข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์/ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องมีรากฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย

## 2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความยาวไม่เกิน 100 คำ โดยให้ระบุองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากทำการศึกษาวิจัย

## 2.12 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

## 3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ให้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่ง ๆ ควรมีตารางหรือภาพหรือแผนภูมิ หรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

### 3.1 ตาราง (Tables)

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรถือตารางเป็นภาพถ่าย

ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

### 3.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts)

ภาพ และแผนภูมิ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ

ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น

ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels

### 3.3 กล่องข้อความ (Box)

กล่องข้อความ ใช้กับคำพูด (quote) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

คำพูดต้องเป็นคำพูดสำคัญ ภาษาถิ่น ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนลุ่มลึก ความยาวแต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ” และต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”

แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้อง อยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

## 4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลัง หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แนวนโยบาย และข้อมูลสำคัญมาก

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.gov/tsd/serials/liji.html>

เอกสารอ้างอิงในวารสาร ต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภท white paper และ gray paper เท่านั้น ประกอบด้วย

- 4.1 บทความในวารสารวิชาการ
- 4.2 หนังสือ/ตำรา
- 4.3 รายงาน/เอกสารเผยแพร่ของทางราชการ
- 4.4 รายงานการวิจัยที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ
- 4.5 วิทยานิพนธ์
- 4.6 สารระทาง internet จาก website ที่น่าเชื่อถือ

ทุกรายการต้องสามารถระบุที่มา วันเวลา

วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความที่อ้างอิง โพลล์, หนังสือพิมพ์, ความคิดเห็น ฯลฯ

## 5. การส่งต้นฉบับ

ให้ประสานงานกับฝ่ายจัดการ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของฝ่ายจัดการโดยเคร่งครัด

### 5.1 การตรวจสอบสถานะบทความ

สอบถามที่กองบรรณาธิการ โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: [chdkku2560@gmail.com](mailto:chdkku2560@gmail.com)

เมื่อฝ่ายจัดการได้รับต้นฉบับแล้ว จะตรวจสอบคุณลักษณะและความสมบูรณ์ครบถ้วนของบทความ จากนั้นจึงส่งให้บรรณาธิการได้พิจารณาดำเนินการตามขั้นตอน และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบว่าต้องแก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ หรือตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 1 เล่ม

### 5.2 สถานะบทความ

การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ที่ฝ่ายจัดการ โดยสถานะบทความมีดังนี้

5.2.1 ฝ่ายจัดการได้รับบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างกระบวนการ SUBMISSION (ตรวจสอบคุณลักษณะ ความครบถ้วน/ถูกต้อง)

5.2.2 บทความต้นฉบับอยู่ระหว่างกระบวนการ REVIEW (การพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ)

5.2.3 บทความต้นฉบับที่ได้รับการแก้ไข อยู่ระหว่างกระบวนการ COPYEDITING (จัดเตรียมต้นฉบับ)

5.2.4 บทความต้นฉบับได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ และอยู่ระหว่างกระบวนการ PUBLICATION ตีพิมพ์ในวารสารปีที่... ฉบับที่...

เมื่อบทความได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรองสถานการณตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

### 5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

### 5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading)

ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Recieved, Revised, Accepted ด้านล่าง

หมายเหตุ หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ ฝ่ายจัดการขอสงวนสิทธิ์ในการ ไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์