

วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
Community Health Development Quarterly  
Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2565

**ชื่อหนังสือ** วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
**เจ้าของ** ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
**ISSN** 2287-0075  
**พิมพ์ที่** บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)  
**ปีที่พิมพ์** พ.ศ. 2565

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัย เพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
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 คณะโต

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ. วรวิสา ลูวีระ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิมฺมสุนทร

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลานันท์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร. ชนิษฐา พูมา

คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน  
วิทยาเขตสกลนคร

ผศ.ดร. ณิรนุช วรโธสง

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ดร. ดวงใจ วิชัย

คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ดร. นฎกร อิตุพร

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่

ดร. นฤมล จันทร์มา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

ผศ.ดร. พลากกร สืบสำราญ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา

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 ชมพูนาน

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผศ.ดร. วรณวิมล เมฆวิมล

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผศ.ดร. วรณา ภาจำปา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร. วรพล หนูอ่อน

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวิเศษย์

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร. ศิราณี ศรีหามาศ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร. สุทิน ชนະบุญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร. สุภัทรมญาณ ทองจิตร

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร. อุมาพร เคนศิลา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ผศ.ดร. วรณา ภาจำปา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร. สุจิตตา ฤทธิมนต์วี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ดร. สุพัตรา สุขาวน

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร. ดวงใจ วิชัย

คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละคีรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

ดร. รชยา ยิกุสังข์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ผศ.ดร. ธีรนุช วรโธสง

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ดร. ศิราณี ศรีหามาศ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ดร. อุมาพร เคนศิลา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร. สุภัทญญา กาญจนบัตร  
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา  
ดร. ชนิษฐา พุมา

ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยิ่งยืน  
ดร. วรพล หนู่นุ่น  
ดร. ธีระชัย พบหิรัญ  
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา  
ดร. ชนิษฐา สุนาคราช  
ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง  
ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล  
ดร. สุภัทรวาณ ทองจิตร  
ดร. สุทิน ชนะบุญ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดอุดรธานี  
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา  
คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน  
วิทยาเขตสกลนคร  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา  
โรงพยาบาลปากช่องนานา  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล  
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น



## บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2565 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจที่มีการใช้สถิติขั้นสูง อาทิกการวิเคราะห์ปัจจัย และการวิเคราะห์พหุระดับ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาคณะความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal> หรือ <http://chdkkujournal.com/index.php> และ Facebook วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ



## สารบัญ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี	243-257
<i>มนัญญู ศูนย์สิทธิ์, โสภา ตั้งสีมกุล, วีระยุทธ ศรีงาม, สุวัฒนา เกิดม่วง, ศักดิกร สุวรรณเจริญ</i>	
การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	259-273
<i>วีระชน ทวีศักดิ์</i>	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มวัยแรงงาน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น	275-291
<i>สุกานดา วงศ์ภาคำ, สุรัตน์ดา ช้ายโฮง, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์, เจษฎา สุราวรรณ</i>	
ประสิทธิผลการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เป็นพี่เลี้ยงในเทศบาลตำบลท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด	293-305
<i>ทองมี ผลาผล, ชนิดาวดี สายีน, บุญยดา วงศ์พิมล</i>	
พฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชน ปี พ.ศ. 2565	307-321
<i>กิตติมา อินศิริ</i>	
การใช้สารเสพติดในแรงงานเกษตรไทย	323-338
<i>นฤมล จันทร์มา</i>	



## สารบัญ (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน อาการผิดปกติ และความรุนแรง  
ในครอบครัว 339-353

*ณัฐกฤตา ทุมวงศ์*

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน  
ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบลไทย 355-368

*ศักดิกร สุวรรณเจริญ, สุวัฒน์นา เกิดม่วง, มนุญ ศูนย์สิทธิ์*



# การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

มนูญ ศุภยสิทธิ์\*, ไสภา ตั้งที่ชกุล\*, วีระยุทธ ศรีงาม\*\*,  
สุวัฒน์ เกิดม่วง\*\*\*, ศักดิกร สุวรรณเจริญ\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งเป็น 3 ระยะ ดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2560-2564 โดยสร้างรูปแบบและนำไปทดสอบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบด้านสุขภาพจิตของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10 แห่ง แล้วขยายผลใช้จริงในพื้นที่ จำนวน 174 แห่ง และประเมินประสิทธิผลรูปแบบจากผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตตามตัวชี้วัดสำคัญ 9 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม หลังการใช้รูปแบบ พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 64.9 และหลังการใช้รูปแบบฯ ปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานฯ เพิ่มขึ้นกว่าการใช้รูปแบบฯ ปี 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตตามตัวชี้วัดสำคัญผ่านเกณฑ์ 6 ตัวชี้วัด

**คำสำคัญ:** รูปแบบ, การป้องกัน, การส่งเสริม, สุขภาพจิต

\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

\*\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง

\*\*\*สถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

Corresponding author: Suwattana Kerdmuang Email: Suwattana\_kerd@hotmail.com

Received 13/06/2022

Revised 11/07/2022

Accepted 15/08/2022

## DEVELOPMENT OF MENTAL HEALTH PROMOTION AND MENTAL HEALTH PREVENTION MODEL OF HEALTH PROMOTING HOSPITAL, SUPHANBURI PROVINCE

*Manoon Soonsit\**, *Sopa Tangtekakul\**, *Weerayuth Srigarm\*\**,  
*Suwattana Kerdmuang\*\*\**, *Sakdikorn Suwancharoen\*\*\**

### ABSTRACT

This research and development study aimed to develop a model for promoting and preventing mental health in the Health Promoting Hospitals (HPH) in Suphanburi province. The research was employed in 3 phases during 2017-2021 by developing a prototype and was implemented in 10 districts, Suphanburi, and after using the developed model in 174 HPHs. The model was evaluated for its effectiveness based on the mental health promotion and prevention practice standard. There were 9 key indicators. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and Paired t-test.

Results showed that the developed model is appropriate. After using the model, it was found that the model was effective at a high level which was equivalent to 64.9%, and after 2 years of implementation, the average scores were higher than those of the first year with statistical significance ( $p < .05$ ). According to the mental health indicators, the implementation passed 6 indicators.

**Keywords:** model, prevention, promotion, mental health

---

\*Suphanburi Provincial Public Health Office

\*\*Song Phi Nong District Health Office

\*\*\* Praboromarajchanok Institute; Faculty of Public Health and Allied Health Sciences; Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สุขภาพจิตเป็นสภาวะความสมบูรณ์ในด้านจิตใจ สามารถอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ เป็นส่วนสำคัญของสภาวะ การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินการได้ทั้งระดับบุคคล ชุมชน และสังคม ส่วนการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง ทั้งการป้องกันก่อนจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช ป้องกันโรคไม่ให้เป็นยาวนาน และป้องกันการสูญเสียหน้าที่<sup>1</sup> กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายประจำปี พ.ศ. 2560-2561 ในการพัฒนาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย ครอบคลุมการบริการวิชาการ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของประชาชนที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต และพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยพบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2556-2560 มีอัตราการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 6.1, 6.1, 6.5, 6.4 และ 6.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการของโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคออทิสติก และโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 70.2, 48.5, 8.5 และ 4.0 ตามลำดับซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์<sup>2</sup>

สำหรับสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของจังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 22.2, 36.3 และ 53.8 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงเป้าหมายที่กำหนด ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 8.8, 7.1 และ 5.2 ซึ่งในปี พ.ศ. 2558-2559 ยังสูงกว่าเป้าหมาย<sup>3</sup> ปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจแก่ผู้ใกล้ชิด และการสูญเสียแก่ประเทศชาติในเชิงเศรษฐกิจอย่างมากจากค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษาและเยียวยาจิตใจ ดังนั้นการป้องกันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตจึงจำเป็นต้องมีการดูแลป้องกันและส่งเสริมให้ครอบคลุมประชาชนในทุกกลุ่มวัย และมีระบบหรือวิธีการในการนำผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม

การพัฒนารูปแบบการดำเนินการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย มีต้นแบบมาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขั้นตอนการดำเนินงานสำคัญประกอบด้วย 1) การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน และกำหนดรูปแบบสมมติฐาน 2) การสร้าง/พัฒนารูปแบบฯ และกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบการดำเนินงาน 3) การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยทดสอบต้นแบบในขั้นทดลองใช้ และทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้าง 4) การปรับปรุงรูปแบบฯ ให้สมบูรณ์ขึ้น เพื่อให้สามารถเผยแพร่ไปปรับใช้กับการดำเนินงานได้<sup>4</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน บุคลากรวิชาชีพ ภาควิชาหรือฝ่ายต่าง ๆ และระบบบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนสำคัญต่อการ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.)<sup>5-7</sup> จึงจำเป็นต้องหาวิธีการ ดำเนินงานที่คาดว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยการกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาการ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา สุขภาพจิตของ รพ.สต. จังหวัดสุพรรณบุรี ให้ สอดคล้องกับปัญหาและภายใต้บริบทของ พื้นที่ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงใช้วิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข<sup>8,9</sup> และ แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Creighton<sup>10</sup> เป็น กรอบในการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้สามารถ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. ได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด สุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา สุขภาพจิต

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

### ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

#### 1. วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนาที่ใช้ระยะเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ปี (ปี พ.ศ. 2560- 2563) โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สุขภาพจิต และการดำเนินงานด้าน สุขภาพจิต (Situation analysis)** (ระหว่าง เดือนมีนาคม-เดือนเมษายน พ.ศ. 2560) ศึกษาข้อมูลและสถิติจากเอกสารข้อมูล สถิติ รายงานต่าง ๆ แผนงานโครงการ รายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของ จังหวัดสุพรรณบุรี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดำเนินงานและการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Planning of model development)** (ระหว่าง เดือนพฤษภาคม - เดือนกันยายน พ.ศ. 2560) ประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตของ WHO และ กระทรวง สาธารณ สุข ประกอบด้วย 1) กระบวนการเสริมสร้าง ความสามารถ ในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น 2) เกี่ยวข้องกับ ทุกคน ตลอดช่วงวงจรชีวิต ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัย สูงอายุ และ 3) เกี่ยวข้องกับทุกกิจกรรมทั้งใน ระดับบุคคล ชุมชน และสังคม<sup>8,9</sup> และแนวคิด

การมีส่วนร่วมของ Creighton ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ และการตัดสินใจ 2) การวางแผนกระบวนการ การกำหนดกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการ และ 3) การนำไปสู่การปฏิบัติ<sup>10</sup> ที่นำไปกำหนดแนวทางและการพัฒนารูปแบบฯ จากนั้นจึงประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต จำนวน 9 คน

### **ระยะที่ 3 การใช้และประเมินผลรูปแบบ (Action for implementation and evaluation)**

3.1 ทดสอบต้นแบบโดยนำไปทดลองใน รพ.สต. ต้นแบบด้านสุขภาพจิตของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 10 แห่ง มีกลวิธีการดำเนินงาน การสนับสนุนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบ (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561)

3.2 ทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้าง ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาจากขั้นทดลองต้นแบบ ไปทดลองใช้ใน รพ.สต. ทุกแห่งของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 174 แห่ง มีกลวิธีการดำเนินงาน การสนับสนุนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบ (ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564) ดังนี้

3.2.1 กลวิธีการดำเนินงานประกอบด้วย 1) การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. 2) การส่งเสริมสุขภาพจิตทุกช่วงวัยในตำบลจัดการสุขภาพ 3) บูรณาการการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตกับการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 4) การดำเนินงานสุขภาพจิตแบบชุมชนมีส่วนร่วม (การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย) และ 5) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

3.2.2 การสนับสนุนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การขับเคลื่อนผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น ทีมหมอครอบครัว ตำบลจัดการสุขภาพ ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCC) เป็นต้น 2) การติดตามสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และ 3) รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของ รพ.สต. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

3.2.3 การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. จังหวัดสุพรรณบุรี ในปีงบประมาณ 2563 ดังนี้ 1) ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไปไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50.0 และ 2) ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต 9 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 6 ตัวชี้วัด

รูปแบบฯ ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 คน โดยรูปแบบที่มีความเหมาะสม ความ

เป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ต้องมี  
ค่าเฉลี่ย  $\geq 3.50$  คะแนน และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน  $\leq 1.00$  ผู้วิจัยได้สรุปรูปแบบ ฯ ดัง  
แผนภาพที่ 1



**ภาพที่ 1** รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

**2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**  
ประกอบด้วย

จำนวน 16 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ  
ง่าย (Simple Random Sampling) จาก

2.1 ระยะการพัฒนารูปแบบฯ

1) ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตของ  
รพ.สต. ทั้ง 10 อำเภอ สุ่มตัวอย่าง รพ.สต.

2.1.1 การออกแบบรูปแบบ

อำเภอละ 1 แห่ง จำนวน 10 แห่ง ๆ ละ 1 คน

การส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  
โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Key stakeholders)

รวม 10 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานด้าน

สุขภาพจิตของโรงพยาบาล จำนวน 10 แห่ง สุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 3 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 10 แห่ง สุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 3 คน

2.1.2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์หรือทำงานด้านสุขภาพจิต ไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 9 คน โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

2.2 ระยะเวลาใช้และประเมินผลรูปแบบ

2.2.1 การทดลองใช้ใน รพ.สต. ต้นแบบ ในพื้นที่ 10 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสนทนากลุ่มรวม 20 คน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตของ รพ.สต. ต้นแบบด้านสุขภาพจิต จำนวน 10 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 5 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของ รพ.สต. บ้านโพธิ์รัตนมิตรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling)

2.2.2 การขยายผลใช้รูปแบบใน รพ.สต. ทุกแห่งของจังหวัดสุพรรณบุรี รวม 174 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม รวม 25 คน ประกอบด้วย

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของ รพ.สต. จำนวน 10 คน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 5 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของ รพ.สต. สระแก้ว และ รพ.สต. หนองผักนาก และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling)

### 3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสนทนากลุ่ม แบบวิเคราะห์เอกสาร และแบบรายงานผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต

3.2 แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. (แบบเอกสาร และแบบประเมินออนไลน์ผ่าน Google form)

3.3 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความเหมาะสมด้านแนวคิดพื้นฐานองค์ประกอบ และรายละเอียดขององค์ประกอบ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) จำนวน 15 ข้อ โดยแปลความหมายคะแนนเป็น 3 ช่วงระดับ<sup>11</sup>

### 4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

4.1 การศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิต การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

และกำหนดรูปแบบสมมติฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสารต่าง ๆ รายงานผลการดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอข้อมูล เอกสาร กับหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง

4.2 การพัฒนารูปแบบฯ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดการสนทนากลุ่มระหว่างเดือนพฤษภาคม - เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 โดยขอความร่วมมือสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และโรงพยาบาล 3 แห่ง และส่งแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของรูปแบบและให้ข้อเสนอแนะ

4.3 การใช้และประเมินผลรูปแบบฯ การทดสอบในพื้นที่ต้นแบบและการขยายผลใช้รูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสรุปผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. โดยประชุมผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ทุกแห่ง เพื่อชี้แจงการประเมินมาตรฐานฯ การรายงานผลการจัดการสนทนากลุ่ม และเก็บรวบรวมข้อมูลผลการปฏิบัติงานจากแบบรายงานผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยเก็บข้อมูลช่วงการทดลองในพื้นที่ต้นแบบระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม พ.ศ.2561 และช่วง

ขยายผลการใช้รูปแบบระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - เดือนมกราคม พ.ศ. 2564

## 5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ระยะเวลาที่ 1 และระยะเวลาที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

6.2 ระยะเวลาที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) และรายงานผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตด้วยการวิเคราะห์อัตรา สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

## จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ COA 007/61 รับรองเมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2561 และ COA 008/62 รับรองเมื่อวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2562

## ผลการศึกษา (Results)

1. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

การพัฒนารูปแบบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 16 คน รวมทั้งศึกษาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข และแนวคิดของ Creighton ทำให้ได้ร่างรูปแบบฯ จากนั้นนำร่างรูปแบบฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน ประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบฯ ผลการประเมิน พบว่า ความเหมาะสมของร่างรูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.53$ ,  $SD = 0.58$ )

## 2. ผลการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

2.1 หลังจากได้ร่างรูปแบบฯ แล้ว ได้ทดลองใช้เป็นระยะเวลา 10 เดือน และได้สนทนากลุ่ม เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบฯ ให้สมบูรณ์ขึ้น ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า หลังจากทดลองใช้ในพื้นที่ รพ.สต. ต้นแบบด้านสุขภาพจิต จังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังคงใช้รูปแบบเดิม แต่มีการพัฒนารูปแบบฯ เพิ่มเติม ดังนี้

2.1.1 เพิ่มองค์ประกอบของรูปแบบฯ อีก 1 ด้าน คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. ได้แก่ รูปแบบและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน

การทำงานเป็นทีม และการปรับปรุงพัฒนา งานอย่างต่อเนื่อง

2.1.2 ใน ปีงบประมาณ 2562 มีการพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. จากการประเมินเอกสารและบันทึกผลเป็นไฟล์ Excel เป็นการประเมินออนไลน์ผ่าน Google Form มีการสรุปและแสดงผลการประเมินแบบเป็นปัจจุบัน (Real time)

2.2 หลังจากได้รูปแบบฯ ที่สมบูรณ์แล้ว ได้นำไปใช้จริงในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นระยะเวลา 1 ปี 9 เดือน พบว่า รพ.สต. มีผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 64.9 (สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50.0) และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตผ่านเกณฑ์ 6 ตัวชี้วัด (เกณฑ์กำหนดไว้อย่างน้อย 6 ตัวชี้วัด) ดังตารางที่ 1

2.3 ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. ขยายผลการใช้รูปแบบปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าขยายผลการใช้รูปแบบปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวชี้วัดมาตรฐานการดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2559 ก่อนใช้รูปแบบ	ปีงบประมาณ 2563 หลังใช้รูปแบบ
1. ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับดีมากขึ้นไป	NA	64.9
2. ร้อยละของเด็กแรกเกิด-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลติดตามกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA4I	56.2	96.7
3. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าและการดูแลทางสังคมจิตใจ	2.9	76.6
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิต	6.9	22.2
5. อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย*	45.6	41.8
6. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	75.5	92.5
7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	23.2	65.7
8. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตและให้การดูแลช่วยเหลือ*	NA	22.8
9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยทำงานได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าและให้การดูแลทางสังคมจิตใจ*	NA	42.3
10. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ**	7.1	7.4

หมายเหตุ \* ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ \*\* อัตราต่อประชากร 100,000 คน

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน  
ปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. จังหวัดสุพรรณบุรี หลังขยายผลการใช้รูปแบบปีที่ 1  
(ปี พ.ศ. 2562) กับขยายผลการใช้รูปแบบปีที่ 2 (ปี 2563) (N=174)

ผลการประเมินมาตรฐานฯ	Mean	S.D.	t-test	df	p-value
<b>องค์ประกอบที่ 1</b>					
ขยายผลรูปแบบปีที่ 1	12.45	3.21	6.616	173	<.001
ขยายผลรูปแบบปีที่ 2	14.78	3.78			
<b>องค์ประกอบที่ 2</b>					
ขยายผลรูปแบบปีที่ 1	44.58	10.10	8.496	173	<.001
ขยายผลรูปแบบปีที่ 2	52.89	7.75			
<b>องค์ประกอบที่ 3</b>					
ขยายผลรูปแบบปีที่ 1	5.33	3.39	7.246	173	<.001
ขยายผลรูปแบบปีที่ 2	8.06	1.85			
<b>องค์ประกอบที่ 4</b>					
ขยายผลรูปแบบปีที่ 1	5.41	1.85	14.756	173	<.001
ขยายผลรูปแบบปีที่ 2	8.18	1.88			
<b>ภาพรวม 4 องค์ประกอบ</b>					
ขยายผลรูปแบบปีที่ 1	67.77	15.11	9.850	173	<.001
ขยายผลรูปแบบปีที่ 2	82.64	13.18			

### วิจารณ์ (Discussions)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดสุพรรณบุรี ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่นำรูปแบบฯ ไปใช้ เกิดความรู้สึกรับใจต่อการนำแนวคิดการส่งเสริม

สุขภาพจิต คือ กระบวนการเสริมสร้างความสามารถทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อการดำเนินชีวิตที่ดีทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น เกี่ยวข้องกับทุกคนทุกช่วงวัย และเกี่ยวข้องกับทุกกิจกรรมทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม<sup>8,9</sup> กลวิธีการดำเนินงาน คือ การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. การส่งเสริมสุขภาพจิตทุกช่วงวัยในตำบล จัดการสุขภาพบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. กับการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช การดำเนินงานสุขภาพจิตแบบชุมชนมีส่วนร่วม การติดตามและประเมินผลสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยมีการสนับสนุนการดำเนินงานคือ การขับเคลื่อนผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น ทีมหมอครอบครัว ตำบลจัดการสุขภาพ ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCC) และคณะกรรมการ พชอ. เป็นต้น

การติดตามสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผนการดำเนินงาน และร่วมดำเนินงานและติดตามประเมินผล มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. จังหวัดสุพรรณบุรี สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2563 ที่มุ่งเน้นการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัยในระบบบริการปฐมภูมิ การจัดบริการส่งเสริม

สุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่ โดยผลักดันให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพ.สต. และ รพ.) จัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่ และบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการ พชอ.<sup>11</sup> รวมทั้งแนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCC) โดยดำเนินการตามมาตรฐานด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แนวคิดการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ว่า เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุกที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในพื้นที่ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน และแนวคิดการพัฒนา รพ.สต. ทิศดาว ที่กำหนดมาตรฐานการให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม) การจัดการระบบบริการครอบคลุมประเภท และประชากรทุกกลุ่มวัย (บริการดี) และมีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดี (ประชาชนมีสุขภาพดี)<sup>12-14</sup>

ผลการประเมินรูปแบบพบว่าเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมในระดับมาก และมีประสิทธิภาพและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. จังหวัด

สุพรรณบุรีได้ ซึ่งเห็นได้จากผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. และผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตตามตัวชี้วัดสำคัญ 9 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2563 ผ่านเกณฑ์ 6 ตัวชี้วัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุดา วงศ์สวัสดิ์ และคณะ ที่พบว่า ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทำให้เกิดกระบวนการทำงานเป็นวงจร เกิดเครือข่ายที่สนับสนุนการทำงานในชุมชน ที่มีการประสานงานกันและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ<sup>15</sup> และผลการศึกษาของจงรักษ์ ใจจันทร์และคณะที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน<sup>5</sup> ข้อเสนอแนะ คือ ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนานุคลากรด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้บุคลากรมีการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มีการปรับปรุงพัฒนางานสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง และควรศึกษากลยุทธ์อื่นมาเสริมสร้างรูปแบบเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

#### ข้อยุติ (Conclusions)

รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. โดย การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

และใช้เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาองค์กร ทั้งระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการให้สามารถดำเนินการด้านสุขภาพจิตได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

#### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. ได้ แต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดสำคัญได้ครบทั้ง 9 ตัวชี้วัด จึงควรศึกษากลยุทธ์อื่นมาเสริมสร้างรูปแบบเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น การเสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่กลุ่มที่มีความเสี่ยงเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต เป็นต้น

2. การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. จังหวัดสุพรรณบุรี ควรให้ความสำคัญกับการคืนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตทั้งภายในหน่วยงานสาธารณสุขและการคืนข้อมูลสู่ชุมชนและภาคีเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และควรให้ความสำคัญในการพัฒนานุคลากรด้านสุขภาพจิตด้วยวิธีการที่เหมาะสม

#### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ รพ.สต. ประกอบด้วย 1) การมีรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานชัดเจน 2) การปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3) บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องมีการทำงานเป็นทีม และ 4) การสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย การศึกษานี้พบโอกาสของการพัฒนารูปแบบ คือ การเพิ่มศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพจิตในระดับต่าง ๆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีจึง

ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตด้วยวิธีการที่เหมาะสม

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ได้รับการสนับสนุนการทำวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

#### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Goldie I, Elliott I, Regan M, Bernal L, Makurah L. **Mental health and prevention: Taking local action for better mental health.** London: Mental Health Foundation; 2016.
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. **National mental health development plan No. 1 [B.E. 2561-2580].** Nonthaburi: Bureau of Mental Health Strategy, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2018. [in Thai].
3. Suphanburi province. **Suphunburi Public Health Office Annual Report 2017.** Suphanburi: Suphunburi Public Health Office; Suphanburi province; 2017. [in Thai].
4. Creswell JW. **A concise introduction to mixed methods research.** Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications, 2015.
5. Jaijun J, Thalue S, Chan-in S, Kuna S, Kum-oun J, Nojit A. Enhancing an accessibility of services for mental health patients in community by applying AIC process in the context of Ainalai health promoting hospital, Wiangsa district, Nan province. **Journal of Health Science** 2019; 28(Suppl 1); S76-87. [in Thai].
6. Laongsri S, Srichaikul B, Pimchan N. The development of care model for psychiatric patients in the community tambon Phai, Rattanakaburi district, Surin province. **The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima** 2017; 23(2): 68-79. [in Thai].
7. Ritthiti N. The health promotion model for prevention of mental health problems of the elderly in community. **TJPHE** 2021; 1(3); 1-20. [in Thai].
8. Mental Health Center 2, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. **Standards for mental health**

- promotion and prevention of mental health problems for sub-district health promoting hospitals. 2<sup>nd</sup> ed. Nakhon Sawan: Wisutkarnpim; 2016. [in Thai].
9. World Health Organization. **Investing in mental health**. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization; 2003.
10. Creighton JL. **The public participation handbook: making better decisions through citizen involvement**. San Francisco: Jossey Bass, 2005.
11. Best JW. **Research in education**. (3<sup>rd</sup> ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc. 1977.
12. Mongjit P, Kanato M, Moman K. District health network development. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2014; 1(3): 17-28. [in Thai].
13. Charoenchai S, Ritruuechai S, Chanphet J, Tewtong K. The study of the publics' perception on the importance of primary care cluster services. **Kuakarun Journal of Nursing** 2019; 26(1): 121-33. [in Thai].
14. Sriwongwan T. Achievement of primary care clusters system at Lamphun province in 2018. **J Health Sci BCNSP** 2019; 3( 2) : 88- 102. [in Thai].
15. Wongsawad S, Yoelao D, Peungposop N. Development of mental health promotion model for aging population at risk by community health care team. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2019; 6(2): 229-243. [in Thai].



## การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหออกรบครัว โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วีระชน ทวีศักดิ์\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหออกรบครัวโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้รูปแบบชิป (CIPP Model) คือ การประเมินผลด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต เก็บข้อมูลบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 208 คน และเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกหออกรบครัว 362 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหาในประเด็นปัญหาที่ศึกษาและใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed rank test และ McNamar' s Chi-Square test

ผลการวิจัย พบว่า ด้านบริบท คลินิกหออกรบครัวไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติ ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับนโยบายลดความแออัด เพิ่มระยะห่างทางสังคม ด้านปัจจัยนำเข้า การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่จุดตรวจให้บริการประจำหมู่บ้าน ส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านและเป็นพี่เลี้ยง ควรผ่านการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนการมีเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการติดต่อประสานงานผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทำให้การส่งต่อข้อมูลสะดวกและรวดเร็ว ด้านกระบวนการ ควรใช้กระบวนการอย่างเป็นระบบและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ด้านผลผลิต ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

จากผลการวิจัย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องปรับปรุงให้มีความเหมาะสม สอดคล้องบริบทปัญหาและสถานการณ์สามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิกหออกรบครัว

**คำสำคัญ:** คลินิกหออกรบครัว, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, กลุ่มควบคุมโรคไม่ตี

\*โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

Corresponding author: Weerachon Thaweesak, E-mail: weerachon2565@gmail.com

Received 28/06/2022

Revised 25/07/2022

Accepted 29/08/2022

## EVALUATION OF THE CHRONIC CARE MODEL FOR TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS IN PRIMARY CARE CLUSTER AT PHIBUN MANGSAHAN HOSPITAL DURING COVID-19 PANDEMIC

*Weerachon Thaweesak\**

### ABSTRACT

This evaluation research study aims to analyze the chronic care model for type 2 diabetes mellitus patients in primary care cluster at phibun mangsahan hospital during covid-19 pandemic. This evaluation research used the CIPP Model, such as context, input, process, and output. By collecting data from 12 primary care cluster staffs, 208 community volunteers, and 362 medication records of patients with diabetes. Data were analyzed using descriptive statistics to include frequency, percentage, average, standard deviation, and use of inferential statistics were Wilcoxon signed rank test along with McNemar's Chi-Square test.

The results showed that context: It was found that primary care cluster was unable to provide normal service. To resolve this, the service model must be modified to implement congestion reduction policy and social distancing. Input: It was found that the community volunteers had worked at self-check point center, drug delivery for home refill, and to be Health coach. They should undergo training to provide additional knowledge on diabetes care. Having technology to help in coordinating through the Line application (Line group), it makes the transmission of information convenient and fast. Process: Systematic and continuous monitoring of processes should be implemented. Output: The patients were satisfied at the most level. Clinical outcomes of patients identified that HbA1C of patients before and after joining the program did differ statistically significant ( $p < 0.001$ )

Research results show that the chronic care model for type 2 diabetes mellitus patients during covid-19 pandemic should be improved to be appropriate, contextual problems and situations in the primary care cluster chronic care model

**Keywords:** primary care cluster, the chronic care model, poor control

---

\*Phibun Mangsahan Hospital, Ubon Ratchathani Province

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

คลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) เป็นระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัว ดูแลประชาชนในจำนวน 10,000 คนต่อหนึ่งทีม ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว จะมีหมอครอบครัวเป็นญาติให้การดูแลแบบ ใกล้บ้านใกล้ใจ การบริการที่สะดวกรวดเร็ว เป็นกันเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง<sup>1</sup> การบริการของคลินิกหมอครอบครัวจะ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่องแบบผสมผสานและเป็นองค์รวม โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ อย่างรวดเร็ว ทันเวลา ด้วยการใช้เทคโนโลยีการรับและส่งต่อกับโรงพยาบาล แม่ข่าย<sup>2</sup> การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 ทำให้มีผู้ป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก การดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คน เปลี่ยนแปลงไป การจัดการบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยจำเป็นต้องมีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม จึงต้องมีการวางแผน จัดบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งในด้านการเตรียมพร้อมรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 และกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงและเสียชีวิต เมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคอ้วน โรคไตวายเรื้อรัง และคนที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับการรักษาภูมิคุ้มกัน<sup>3</sup> รวมถึงต้องให้ความสำคัญตามหลักความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการและบุคลากร ร่วมกับลดความแออัด<sup>4</sup> ในโรงพยาบาล จึงมีการนำระบบการจัดแบ่งกลุ่มการให้บริการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ความซับซ้อนของโรค และความจำเป็นในการรักษา เพื่อลดปัญหาคนเข้าใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน มีการนำระบบนัดหมายผ่านทางออนไลน์ ระบบการแพทย์ทางไกล (Teleconsultation) ในขณะเดียวกันมีการส่งเสริมให้มีการจัดบริการให้เหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคล<sup>5</sup> สนับสนุนให้ผู้ป่วย หรือญาติทำ Self-monitoring เช่น ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และบันทึกข้อมูลสุขภาพลงใน Mobile Application หรือจดบันทึกด้วยตนเองและส่งข้อมูลสุขภาพจากผู้ป่วยไปสู่ผู้ดูแลเพื่อช่วยในการประเมินผลลัพธ์ หรือฝากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำส่งสร้างเครือข่ายการส่งข้อมูลจากผู้ป่วยถึงผู้รักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีจะต้องส่งข้อมูลผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มาถึงโรงพยาบาลที่ให้การดูแล เพื่อเตรียมการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมล่วงหน้า ก่อนถึงวันนัดตรวจและรับยา ดังนั้นบุคลากรที่ทำงานในคลินิกหมอครอบครัวใน รพ.สต.

ควรปรับปรุงแบบการทำงานให้เหมาะสมกับบริบท และพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อช่วยในการสื่อสาร และแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก รวมถึงจัดให้มีการปรับระบบเกสรกรรม คลังยา และการส่งยาที่เหมาะสม<sup>6</sup>

ก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (พ.ศ.2562) คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิแก่ประชาชนที่อาศัยพื้นที่ ตามรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรัง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (พ.ศ. 2563) ผู้ป่วยหนาแน่นมากขึ้น ผู้ป่วยที่รับบริการเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงหากเกิดการติดเชื้อ คลินิกหมอครอบครัว จึงจัดประชุมสหวิชาชีพเพื่อปรับปรุงแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ที่ประชุมได้กำหนดมาตรการร่วมกันโดยจำกัดจำนวนผู้เข้ารับบริการต่อวัน การกำหนดระยะห่างทางสังคม รวมถึงการกวดขันการรักษาอนามัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ โดยมาตรการลดจำนวนผู้รับบริการต่อวัน ประกอบด้วยการจำกัดจำนวนผู้ป่วยต่อวัน และการจัดยาล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยบางรายที่ผ่านการประเมินโดยใช้เกณฑ์ที่แพทย์ผู้รับผิดชอบ

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกำหนดร่วมกันคัดแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่สามารถรับยาได้ทันทีโดยไม่ต้องพบแพทย์และกลุ่มที่ต้องพบแพทย์ก่อนรับยา เพื่อลดระยะเวลาที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อเมื่ออยู่ในสถานบริการ ทั้งนี้ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของคลินิกหมอครอบครัวในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในอนาคตหากมีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ต่อไป

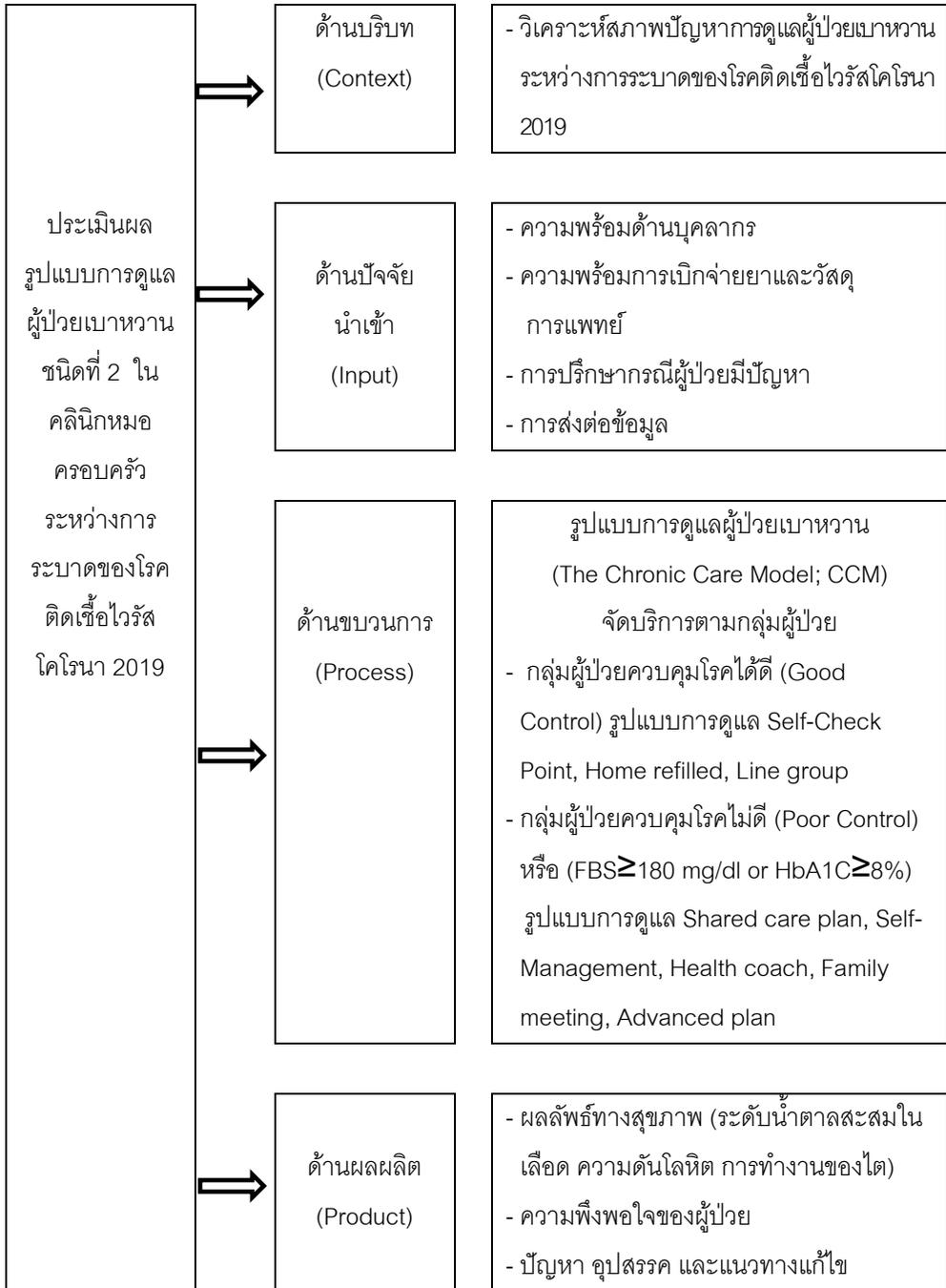
#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

#### ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

##### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลโดยใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วัตถุประสงค์ที่ใช้ในการศึกษา คือ การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การประเมินผลแบบชิปปี้ (CIPP Model)<sup>7, 8</sup> โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้การประเมินผลแบบซีพี (CIPP Model)

## ประชากรศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ กลุ่มบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน อสม. และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาล พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

**กลุ่มตัวอย่าง** 582 คน ประกอบด้วย

1) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน เภสัชกร 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน โภชนากร 1 คน และนักกายภาพบำบัด 2 คน จำนวนทั้งสิ้น 12 คน 2) อสม. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane<sup>9</sup> ได้ขนาดตัวอย่าง 208 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ และ 3) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลพิบูลมังสาหารมารับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัว คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรกรณีที่ทราบขนาดประชากรของ Daniel<sup>10</sup> ได้ขนาดตัวอย่าง 362 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มคลินิกหมอครอบครัว 2 แห่ง ด้วยการสุ่มแบบง่าย ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามคลินิกหมอครอบครัว แห่งละ 181 คน แบบเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี 2563 และปี 2564 และรับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกหมอ

ครอบครัว โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ช่วงเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2564 และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

## เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม

**ข้อมูล** ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** สฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกหมอครอบครัว

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน จำนวนรายการยาโรคเรื้อรัง และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวระหว่างระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราวัดแบบ Likert Rating Scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลโขงเจียมจำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

**ส่วนที่ 4** แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นคำถามเกี่ยวกับการประเมินความเหมาะสม ความพร้อม ความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกหออครอบครัว ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลัง ดำเนินกิจกรรมจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกหออครอบครัว โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหออครอบครัว ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังดำเนินกิจกรรมที่คลินิกหออครอบครัว

2) ดำเนินการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและอาสาสมัครสาธารณสุข หลังดำเนินกิจกรรมที่คลินิกหออครอบครัว

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ และสถิติเชิงวิเคราะห์ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ทดสอบความแตกต่างผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังทดลอง ข้อมูลเชิงกลุ่มใช้สถิติ McNemar's Chi-Square test ทดสอบระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังทดลอง และวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้เทคนิคการจำแนกประเภทข้อมูล (Typological analysis) และการวิเคราะห์โดยการสร้างข้อสรุปอุปนัย (Analysis induction) ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบแบบสามเส้า และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะการพรรณนา

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565-012

### ผลการศึกษา (Results)

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหออครอบครัว โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร จำนวน 362 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.38 อายุเฉลี่ย  $60.69 \pm 10.16$  ปี มีโรคร่วมร้อยละ 58.84 ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย  $7.64 \pm 5.07$  ปี กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในคลินิกหออครอบครัว และ อสม. จำนวน 220 คน แบ่งเป็น อสม. ร้อยละ 94.55 และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหออครอบครัวของ รพ.สต. ร้อยละ 5.45 เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.45 อายุเฉลี่ย  $53.08 \pm 7.52$  ปี

2. การประเมินด้านบริบท แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพจาก

โรงพยาบาลออกปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัวสัปดาห์ละ 3 วัน ร่วมกับเจ้าหน้าที่และ อสม. ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าคลินิกหมอครอบครัวไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติ ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายลดความแออัด เพิ่มระยะห่างทางสังคม

### 3. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

(1) ระยะเวลาพบปัญหาเจ้าหน้าที่มีภาระงานมากจนดูแลไม่ทั่วถึง จึงฝึกทักษะให้กับ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และกำหนดให้ อสม. 1 คน ดูแล 14 ครั้ง เรือนวัดความดันหรือตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่จุดตรวจให้บริการประจำหมู่บ้าน (Self-Check Point) ต่อเนื่อง 7 วัน ก่อนถึงวันนัดโรงพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนยาให้แก่ รพ.สต. ตามจำนวนของผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต. ต้องจัดทำฉลากยาให้ผู้ป่วย มี อสม. จัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน

(2) การปรึกษากรณีผู้ป่วยมีปัญหา จะส่งข้อมูลผู้ป่วยถึงผู้รักษาผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ (Line group) ของผู้ปฏิบัติงาน

(3) การส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. เมื่อโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการต่อที่ รพ.สต. จะส่งใบนัดผู้ป่วยให้ผู้ป่วยถือมาที่ รพ.สต. ในวันที่นัดข้อมูลยาปัจจุบันจะบันทึกในสมุดประจำตัว และส่งมากับใบส่งต่อ ข้อมูลการส่งต่อจะ

ส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line group) อีกหนึ่งช่องทาง

(4) ความเหมาะสมของทรัพยากรแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันวางแผนบริหารทรัพยากรตามสถานการณ์

### 4. การประเมินด้านกระบวนการ

(1) การวัดความดันหรือตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่จุดตรวจให้บริการประจำหมู่บ้าน โดย อสม. มีข้อบกพร่อง คือ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ทั้งหมู่บ้านมี 1 เครื่อง ร้อยละ 20.45 และผู้ป่วยยังไม่เชื่อมั่นในการทำงานของ อสม. ร้อยละ 15.45

(2) อสม. ส่งยาที่บ้าน มีผู้ป่วยบ้านอยู่ไกลเดินทางไปส่งยาลำบากทำให้ส่งล่าช้าร้อยละ 25.45 ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำหากมีการปรับเปลี่ยนยาหรือขนาดยา ร้อยละ 20.45 อสม. จัดส่งยาไม่ตรงกับชื่อของผู้ป่วย ร้อยละ 13.18 และไม่พบผู้ป่วยในพื้นที่เพราะที่อยู่ไม่เป็นปัจจุบัน ร้อยละ 7.73

(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยถึงผู้รักษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line group) อสม. ใช้โทรศัพท์ที่ไม่มีไลน์ ร้อยละ 11.82 โทรศัพท์รับสัญญาณได้ไม่ดีร้อยละ 10.00

(4) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและแพทย์ในการร่วมกันวางแผนตัดสินใจดูแลรักษาร่วมกัน แต่ยังมีผู้ป่วยบางรายขาดความตระหนักในการดูแลตนเองร้อยละ 15.00

(5) การจัดบริการการดูแลสุขภาพรายบุคคล ตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้ป้องกันจรรยา

ชีวิต 7 ปี ในคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานของ รพ.สต. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างแรงจูงใจเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุไม่ค่อยปฏิบัติตามโปรแกรม ร้อยละ 19.55 และโปรแกรมใช้เวลานาน ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจร้อยละ 14.09

(6) การมี อสม. พี่เลี้ยง เป็นการเพิ่มภาระงานของ อสม. มากเกินไปร้อยละ 26.82 และไม่เชื่อ อสม. แต่ต้องการคำแนะนำจากแพทย์ร้อยละ 15.91

(7) การเชิญครอบครัวมาพูดคุยปรึกษา ค้นหาปัญหาาร่วมกัน พบผู้ป่วยบางคนอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 10.45 และญาติบางคนไม่ค่อยสนใจ ไม่มีเวลาร้อยละ 6.82

(8) การวางแผนการรักษาใน อนาคตระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวที่ไม่ค่อยให้ความสำคัญเพราะต้อง

เข้ารับบริการกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มีนัดเพื่อรับ ฟังปัญหาและการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 5.45

#### 5. การประเมินด้านผลผลิต

(1) ด้านผลลัพธ์ ภายหลังจาก ดำเนินการ ระดับไขมันไม่ดีชนิดแอลดีแอลคอ เลสเตรอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 100 mmol/l ระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic BP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160 mmHg ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBG) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 180 mg/dL ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) ภาพรวมพบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ แต่พบดัชนีมวลกาย เพิ่มขึ้น ระดับไขมันไม่ดีชนิดแอลดีแอลคอ เลสเตรอรอลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพ (n=362)

ข้อมูล	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<b>BMI</b>					
18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup>	253	69.89	236	65.19	0.001
>25 kg/m <sup>2</sup>	109	30.11	126	34.81	0.001
<b>Triglycerides</b>					
<150 mmol/l	169	46.69	160	44.20	0.388
≥150 mmol/l	193	53.31	202	55.80	0.388
<b>LDL Cholesterol</b>					
<100 mmol/l	153	42.27	181	50.00	0.008
≥100 mmol/l	209	57.73	181	50.00	0.008
<b>eGFR</b>					
<60 mL/min	312	86.19	318	87.85	0.273
≥60 mL/min	50	13.81	44	12.15	0.273
<b>Systolic BP</b>					
<140 mmHg	264	72.93	284	78.45	0.035
140-159 mmHg	84	23.20	74	20.44	0.312
≥160 mmHg	14	3.87	4	1.10	0.018
<b>Diastolic BP</b>					
<90 mmHg	318	87.85	306	84.53	0.151
90-99 mmHg	41	11.33	50	13.81	0.271
≥100 mmHg	3	0.83	6	1.66	0.179
<b>Fasting Blood Glucose</b>					
<130 mg/dl	198	54.70	191	52.76	0.494
130-179 mg/dL	123	33.98	146	40.33	0.036
≥180 mg/dl	41	11.33	25	6.91	0.020
<b>HbA1C</b>					
<7%	113	31.22	107	29.56	0.430
7.0-7.9%	85	23.48	88	24.31	0.705
≥8%	164	45.30	167	46.13	0.705

Using McNemar's Chi-Square test

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพ (n=362)

ข้อมูล	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	Median	IQR	Median	IQR	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23	16.94-37.11	22.92	15.9-35.25	<0.001*
Triglycerides (mmol/l)	161	58-626	156	63-474	0.821
LDL Cholesterol (mmol/l)	99.5	45-197	106	31-206	0.008*
Systolic BP (mmHg)	130	102-160	130	101-180	0.348
Diastolic BP (mmHg)	72.5	50-100	78	53-96	0.033
eGFR (mL/min)	86.43	39.86-119.9	90.1	40.5-135.13	0.002*
HbA1C (%)	7.8	5.5-13.9	7.8	4.9-12.9	<0.001*
FBG (mg/dl)	127	81-211	126	90-206	0.094

Using Wilcoxon signed rank test

(2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัว ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.95±0.44) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=362)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพอใจ
1) การวัดความดันหรือตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่จุดตรวจให้บริการประจำหมู่บ้าน	4.53	0.76	มากที่สุด
2) อสม. ส่งยาที่บ้าน	4.61	0.64	มากที่สุด
3) การมี อสม. พี่เลี้ยงดูแล	3.70	0.77	มาก
4) การส่งข้อมูลผู้ป่วยถึงผู้รักษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์	3.40	0.59	มาก
5) การเชิญครอบครัวมาพูดคุยปรึกษา ค้นหาปัญหาาร่วมกัน	3.57	0.54	มาก
6) การวางแผนการรักษาในขนาดตรงกับผู้ป่วยและครอบครัว	3.58	0.54	มาก
7) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับจาก รพ.สต. เรื่อง 3อ.2ส.1ย. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่สุรา การรับประทานยา) และการใช้ป้องกันจลาจรชีวิต 7 สี	4.51	0.76	มากที่สุด
8) ความเชื่อมั่นต่อการรักษาผู้ป่วยเบาหวานระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.83	0.74	มาก
9) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.84	0.74	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยคะแนนความพอใจในภาพรวม</b>	<b>3.95</b>	<b>0.44</b>	<b>พึงพอใจมาก</b>

## วิจารณ์ (Discussions)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic BP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160 mmHg หลังดำเนินการวิจัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.018$ ) แตกต่างกับการศึกษาของธนพล ตั้งสกุล<sup>11</sup> พบว่าการพบแพทย์ก่อนรับยามีความสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตระหว่างการรักษาใหญ่ของโรค COVID-19 เนื่องจากการศึกษานี้ มีอสม. พี่เลี้ยง (Health coach) ช่วยติดตามดูแลผู้ป่วย ร่วมกับมีการวางแผนการรักษาในขนาดร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว (Advanced plan) ตามแนวทางตามแนวทาง 3 อ.2ส.1ย การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฅณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์<sup>12</sup> พบว่า กลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ ลดลงจากก่อนการให้บริการทางโทรศัพท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) แต่แตกต่างจากการศึกษาหลายการศึกษา เช่น นลิน จรุงธนกิจ และคณะ<sup>13</sup> พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังให้บริการตามแนวทางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.039$ ) ซึ่งส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ปรานี ชัยหลาก และคณะ<sup>14</sup> พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่แตกต่าง

กัน และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มา รักษาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและกลุ่มที่ส่งยาถึงบ้านในสถานการณ์โควิด-19 พบว่า ปี พ.ศ. 2563 ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2563 ทั้งกลุ่มที่มาพบแพทย์ต่อเนื่องและกลุ่มที่ส่งยาถึงบ้าน มีผลการรักษาไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการส่งยาถึงบ้าน จึงเป็นทางเลือกในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 กิตติภาพ แจ่มโสภณ<sup>15</sup> พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มาใช้บริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่กับคลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอมในวังสถานการณ์การระบาดไม่มีความแตกต่างกัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่หรือรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัวชุมชนกึ่งแอม และประสิทธิผลในการดูแลรักษาโรคไม่แตกต่างกันทั้งในเชิงลดระดับน้ำตาล

## ข้อยุติ (Conclusions)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมี

อาสาสมัครสาธารณสุขตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ที่จุดตรวจให้บริการประจำหมู่บ้าน ส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านและเป็นพี่เลี้ยง ร่วมกับมีเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการติดต่อประสานงานผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้การส่งต่อข้อมูลสะดวกและรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลง และมีความพึงพอใจมาก

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความเหมาะสม สอดคล้องบริบทปัญหาและสถานการณ์ สามารถนำมาใช้ได้จริงในเครือข่ายโรงพยาบาล เป็นการพัฒนากระบวนการทำงานรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยปฏิบัติในเครือข่าย สามารถนำระบบบริการทางโทรศัพท์มาให้บริการในโรงพยาบาลขนาดเล็ก และผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เดินทางไม่สะดวก ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น ทั้งในสถานการณ์ปกติ หรือในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคอื่น ๆ

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Mekthon S, Mangchit P, Wetchaphanphesat S, Lapbenjakul S, Sriyakul D, Namtasanee S, Siriporn Na Ratchasima S, Onket P, Waduangtham A, Bualuang C.

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

รูปแบบการดูแลและให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์พิเศษ (โควิด-19) ควรมีการจัดตั้งทีมนี้เทศกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนนโยบาย การพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากร สำหรับการบริการควรเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เป็นเบาหวานอย่างเหมาะสม ทำให้สามารถดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบคุณ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อำนวยความสะดวกและดำเนินงานตามแผน ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานที่ให้เข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยหวังว่าการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับการพัฒนางานต่อไป

Guidelines Primary Care Cluster for the Service Unit. Bangkok: The agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2016.

2. Boonyoung S. Expectations of the Clients and Family Care Teams toward the Services of Primary Care Cluster in Chiangmai province. **Journal of Health Science** 2021; 30(2): 262-273.
3. Division of non-communicable disease. **Impact of COVID-19 to the non-communicable disease service system.** Nonthaburi: Division of non-communicable disease; 2021.
4. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). **Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018.** Nonthaburi: Famous and Successful; 2018.
5. World Health Organization. Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007
6. Division of Medical Technical and Academic Affairs. **Hanbook of Integrated, People-Centered Health Services in New Normal Diabetic & Hypertensive Clinic (for healthcare workers).** Nonthaburi: Office of printing of the War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His majesty the King; 2020.
7. Stufflebeam DL. **The CIPP model for program evaluation.** Evaluation models: Springer; 1983. p. 117-141.
8. Stufflebeam DL, Foley WJ, Gephart WJ, Guba EG, Hammond RL, Merriman HO. **Educational evaluation & decision making.** Itasca, IL: Peacock Publishers; 1971.
9. Yamane T. **Statistics—An Introductory Analysis.** Tokyo: John Weather Hill. Inc; 1970.
10. Daniel WW, Cross C. Nonparametric and distribution-free statistics. **Daniel WW Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences 6<sup>th</sup> ed.** New York: John Wiley & Sons Inc. 1995:567-631.
11. Tangsakul T. Blood Pressure Control after Doctor-Visiting Service Remodeling of Family Doctor Clinic, Maesot General Hospital during COVID-19 Pandemic. **Journal of Primary Care and Family Medicine** 2021; 4(2): 39-48.
12. Navawatcharin K, Ratanaopas S, Noi-iad S. Development of Telephone Service System for Diabetes Type 2 Patients in Era of Coronavirus Disease

- 2019 Pandemic. **Journal of Health and Environmental Education** 2021; 6(2): 62-75.
13. Charungthanakij N. Outcomes of Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Receiving New Services from Diabetes Clinic, Sai Ngam Hospital during COVID- 1 9 Pandemic. **Regional Health Promotion Center 9 Journal** 2021; 15(36): 129-142.
14. Chailak P, Sunongbua A. The Outcome of Diabetes Patients care During the Prevention of Covid- 1 9 Pandemic Situation at Mueang Chaiyaphum Primary Care Unit, 2020. **Journal of Primary Care and Family Medicine** 2021; 41(1): 39-48.
15. Jamsopon K. Effectiveness of the Mobile Health Care Service for Type 2 Diabetes Patients During COVID- 1 9 Pandemic of Primary Care Cluster in Kang-an Community, Prasat District, Surin Province. **Journal of Primary Care and Family Medicine** 2020; 3(3): 21-34.



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มวัยแรงงาน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

สุกานดา วงศ์ภาคำ\*, สุรัตน์ดา ช้ายโฮง\*,  
ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์\*\* เจษฎา สุรวรรณ\*\*\*

## บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มวัยแรงงาน ส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจต่อครอบครัวและชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มวัยแรงงาน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบไม่จับคู่ (Unmatched case-control) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมฉีดวัคซีนจำนวน 3 เข็ม ครบตามเกณฑ์ และกลุ่มเปรียบเทียบฉีดวัคซีนน้อยกว่า 3 เข็ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2565 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติการทดสอบไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคว่า “ผู้ป่วยโรคเรื้อรังถ้าติดเชื้อโควิด 19 จะมีอาการรุนแรงกว่าผู้ที่สุขภาพดี” ( $OR_{adj}$  3.47, 95% CI = 3.89-5.71, p-value <.01) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคว่า “การล้างมือด้วยน้ำสะอาด ไม่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด19” ( $OR_{adj}$  6.30, 95% CI = 2.99-9.81, p-value <.01) การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคว่า “ท่านไม่กลัวผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน” ( $OR_{adj}$  3.43, 95% CI = 3.27-4.89, p-value .003) และ “ถึงแม้การฉีดวัคซีนอาจทำให้เกิดอาการแพ้ ท่านยังคงต้องการรับการฉีดวัคซีน” ( $OR_{adj}$  4.34, 95% CI = 4.02-5.85, p-value <.01) ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, วัคซีน, วัยแรงงาน

\* โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

\*\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

\*\*\* กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: Jesada Surawan Email: surawanjesada@gmail.com

Received 20/06/2022

Revised 18/07/2022

Accepted 23/08/2022

## FACTORS ASSOCIATED WITH THE DECISION IN CORONAVIRUS 2019 VACCINATION IN THE WORKING-AGE GROUP, NONG RUEA DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

*Sukanda Wongphakum\**, *Surattanada Sayhong \**,

*Pattama Lophongpanit\*\**, *Jesada Surawan\*\*\**

### Abstract

Infection with Coronavirus disease 2019 in the working-age group impacted on the health status and economy of families and communities. To study factors associated with the decision in Coronavirus 2019 vaccination in the working-age group at Nong Ruea District Khon Kaen province. It was an analytical unmatched case-control study design. The study utilized cluster sampling for the samples and divided them into 2 groups: the control group that received 3 doses of vaccine, and the comparison group that received less than 3 doses of vaccination. Data was collected by online questionnaires between May- July 2022. Cronbach's alpha coefficient was 0.84. Descriptive and inferential statistics as the chi-square test, and multiple logistic regression analysis were used for data analysis.

Factors associated with the decision in Coronavirus 2019 vaccination significantly include; the perceived seriousness of the disease as “Patient with chronic disease who infected with COVID19 have more severe symptoms than healthy people” ( $OR_{adj}$  3.47, 95% CI = 3.89-5.71, p-value <.01), the perceived susceptibility to disease as “Hand washing with clean water does not decrease the risk of COVID- 19 infection” ( $OR_{adj}$  6.30, 95% CI = 2.99-9.81, p-value <.01), the perceived self-efficacy for preventing disease as “You won’t fear the side effects of vaccination” ( $OR_{adj}$  3.43, 95% CI = 3.27-4.89, p-value .003), and “Although vaccination can cause allergic reactions. You still want to be vaccinated” ( $OR_{adj}$  4.34, 95% CI = 4.02-5.85, p-value <.01), respectively.

**Keywords:** COVID-19, vaccination, working-age

---

\* Nong Ruea hospital, Khon Kaen Province

\*\* Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

\*\*\* Strategy for Health Development Subdivision, Khon Kaen Provincial Health Office

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019, COVID 19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) หลังจากประชุมพิจารณาสถานการณ์ในวันที่ 30 มกราคม 2563 ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์<sup>1</sup> เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขที่รุนแรง มีผลกระทบต่อทั่วโลก จะเห็นได้จากข้อมูล ณ วันที่ 29 ธันวาคม 2564 พบผู้ที่ได้รับการยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 281,808,270 ราย เสียชีวิต 5,411,759 ราย<sup>2</sup> และมีแนวโน้มการติดเชื้อและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน เช่นเดียวกับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์การติดเชื้อ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 2,223,435 ราย เสียชีวิต 21,698 ราย<sup>3</sup> เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อและการเจ็บป่วยดังกล่าว ประเทศไทยได้กำหนดมาตรการ VUCA ได้แก่ V: Vaccine ฉีดครบ ลดป่วยหนัก U: Universal prevention ป้องกันตนเองตลอดเวลา สวมหน้ากาก เว้นระยะห่าง C: COVID free setting area, District, Community สถานที่บริการพร้อม ผู้ให้บริการฉีดวัคซีนครบ ตรวจ ATK ทุกสัปดาห์ และ A:

ATK (Antigen test kit) พร้อมตรวจเสมหะเมื่อใกล้ขีดคนติดเชื้อมีอาการทางเดินหายใจ<sup>4</sup> ซึ่งจะเห็นได้ว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นหนึ่งในมาตรการที่มีความสำคัญ

ปัจจุบัน วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และนำเข้ามาฉีดให้กับประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ได้แก่ วัคซีนของบริษัท Pfizer, Moderna, Sinovac, Sinopharm, และ AstraZeneca<sup>5</sup> จากการติดตามผลการให้บริการวัคซีนจากระบบฐานข้อมูล MOPH Immunization Center พบว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนสะสม ตั้งแต่ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 – วันที่ 2 มกราคม 2565 ทั้งหมด จำนวน 104,491,859 โดส ใน 77 จังหวัดทั่วประเทศ เป็นผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 51,305,090 ราย ผู้ได้รับวัคซีน 2 เข็ม จำนวน 46,161,437 ราย และผู้ที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 ขึ้นไป (Booster dose) จำนวน 7,025,332 ราย ตามลำดับ<sup>6</sup> จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 น้อยกว่าเข็มที่ 1 และ 2 ค่อนข้างมาก เช่นเดียวกับอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ประชากรกลุ่มเป้าหมายฉีดวัคซีนจำนวนทั้งสิ้น 75,549 คน ข้อมูลรายงานการฉีดวัคซีนตามกลุ่มเป้าหมาย ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 - 18 มกราคม 2565 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการฉีดวัคซีนจำนวนน้อยที่สุด คือ กลุ่มวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี จำนวน 38,606

ร้อยละ 55.28 ได้รับการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 ร้อยละ 48.20 ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 ร้อยละ 6.61 ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 และ ร้อยละ 0.02 ได้รับวัคซีนเข็มที่ 4 ตามลำดับ<sup>7</sup> จากการสัมภาษณ์ของนักวิจัยทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นว่า การนัดฉีดวัคซีนอยู่ในช่วงที่กำลังพักผ่อน (สำหรับพนักงานที่ทำงานเป็นกะ) ทำให้ไม่สามารถรับวัคซีนตามที่นัดหมายได้ บางคนให้เหตุผลว่า เกรงว่าหลังฉีดวัคซีนจะทำให้เป็นไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ไม่สามารถทำงานได้ และไม่ได้รับค่าจ้างรายวัน เป็นต้น ซึ่งการรับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดการแพร่ระบาดในสถานประกอบการหรือชุมชน อาจส่งผลต่อการปิดสถานประกอบการ พนักงานขาดรายได้ รวมทั้งการกักตัวพนักงานที่บ้าน อาจทำให้แพร่กระจายเชื้อสู่ครอบครัวและชุมชนได้

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มวัยแรงงาน จะนำไปใช้วางแผนบริหารจัดการเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มวัยแรงงานเข้ารับบริการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ คือ ไม่น้อยกว่า 3 เข็ม เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือลดความรุนแรงของโรค<sup>8,9</sup> รวมทั้งลดโอกาสเสี่ยงของการแพร่ระบาดไปสู่บุคคลอื่นในครอบครัวและชุมชน

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มวัยแรงงาน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

## ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

### 1. วิธีการศึกษา (Methods)

1.1 แบบการศึกษา (study design) การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบไม่จับคู่ (Unmatched case-control) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม 2565 ณ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

1.2 ประชากรศึกษา (population) ได้แก่ ประชาชนวัยแรงงานที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 75,549 คน

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.3.1 กลุ่มเปรียบเทียบ (case) ได้แก่ ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น อายุระหว่าง 18-59 ปี สื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถตอบแบบสอบถามผ่านระบบ google form ได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ครบตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแนะนำ (ไม่เคยรับวัคซีน หรือ ได้รับวัคซีน 1 เข็ม หรือ ได้รับวัคซีน 2 เข็ม)

1.3.2 กลุ่มควบคุม (control) ได้แก่ ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น อายุระหว่าง 18-59 ปี สื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถตอบแบบสอบถามผ่านระบบ google form ได้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบ ตามเกณฑ์ ที่คณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแนะนำ (ได้รับวัคซีนจำนวน 3 เข็ม)

1.4 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่ม 7 โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน หรือเป็นหญิงตั้งครรภ์ แพทย์ประเมินว่าไม่สามารถรับการฉีดวัคซีนได้ หรือเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นซึ่งแพทย์ประเมินว่าไม่สามารถรับการฉีดวัคซีนได้ หรือ เป็นบุคลากรทางสาธารณสุข

1.5 การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power<sup>10</sup> กำหนดสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ค่า  $\alpha = 0.05$  อำนาจการทดสอบ  $(1 - \beta) = 0.95$  Effect size (medium size)  $f^2 = 0.15$  Number of predictors = 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 138 คน รวม 276 คน

1.6 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ดังนี้  
ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่มีการแทนที่ โดยทำสลากชื่อตำบลทั้งหมดในเขตอำเภอหนองเรือ จากนั้นสุ่มหยิบสลากจำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลโนนทอง และตำบลกุดกว้าง

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่มีการแทนที่ นำจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดจากทั้ง 2 ตำบลมารวมกัน และสุ่มหมู่บ้านจำนวน 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 10, 15 ตำบลโนนทอง และ หมู่ที่ 4 ตำบลกุดกว้าง และสุ่มอีกครั้งได้หมู่ที่ 1 ตำบลโนนทอง และ หมู่ที่ 4 ตำบลกุดกว้างเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ หมู่ที่ 10, 15 ตำบลโนนทอง เป็นกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 3 นักวิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเรือในการเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผ่านระบบการบันทึกข้อมูลวัคซีนโควิด-19 ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มละ 200 คน รวม 400 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามออนไลน์ที่นักวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แบ่งโครงสร้างคำถามออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ และการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการติดเชื้และการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้โคโรนา 2019

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่มีผลต่อการรับวัคซีน จำนวน 32 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 28 ข้อ เชิงลบ 4 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบ Rating scale ตามรูปแบบของ Likert Scale โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่น่าใจ ไม่นเห็นด้วย ไม่นเห็นด้วยอย่างยิ่ง เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว นำคะแนนเฉลี่ยมาจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยคำนวณความกว้างของแต่ละระดับโดยใช้สูตร (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันโรคระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำข้อคำถามที่ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Indexes of Item- Objective Congruence: IOC)

ต่ำกว่า 0.5 ไปปรับแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้น นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน ณ หมู่ 1 บ้านหนองไผ่ ตำบลกุดกว้าง วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.84

**3. การเก็บรวบรวมข้อมูล** นักวิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเรือ เมื่อได้รับอนุญาต จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังนี้

3.1 นักวิจัย จัดประชุมกลุ่มย่อย ผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน และผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 1, 10, 15 ตำบลโนนทอง และหมู่ที่ 4 ตำบลกุดกว้าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ และขอรายชื่อตัวแทนจากแต่ละหมู่บ้านเพื่อเป็นผู้ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 นักวิจัย จัดประชุม ผู้ประสานงานจาก 4 หมู่บ้าน เพื่อขอให้ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัย จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รายชื่อและที่อยู่กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากระบบการบันทึกข้อมูลวัคซีนโควิด-19

อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มอบ QR code แบบสอบถามการวิจัย และตอบข้อซักถามจนกระทั่งผู้ประสานงานเข้าใจ สามารถดำเนินการต่อไปได้

3.3 ผู้ประสานงาน นัดพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ และให้ใช้โทรศัพท์ scan QR code เพื่ออ่านคำชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยอีกครั้งจนกระทั่งเข้าใจ หากมีข้อสงสัยให้โทรศัพท์สอบถามจากนักวิจัยได้โดยตรง เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโดยอิสระ เมื่อตัดสินใจได้แล้วให้กรอกข้อมูลในแบบยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัย และกดยืนยันเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ให้ตอบแบบสอบถามจนกระทั่งครบทุกข้อ กดส่งข้อมูล

3.4 นักวิจัยบันทึกข้อมูลที่ได้จากระบบ เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติการทดสอบที (Independent Samples t-test) สถิติการทดสอบไคสแควร์ (chi square test) และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis)

#### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 023/2565 วันที่ 29 เมษายน 2565

#### ผลการศึกษา (Results)

การศึกษานี้มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มวัยแรงงาน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น นักวิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ไม่น้อยกว่ากลุ่มละ 138 คน รวม 276 คน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถามผ่าน QR code ใน google form พบว่า สามารถเก็บข้อมูลได้ 330 คน ร้อยละ 46.06 (152 คน) เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 เข็ม และร้อยละ 53.94 (178 คน) เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยกว่า 3 เข็ม ประกอบด้วย ร้อยละ 95.51 (170 คน) ได้รับการฉีดวัคซีน 2 เข็ม ร้อยละ 1.69 (3 คน) ได้รับการฉีดวัคซีน 1 เข็ม และ ร้อยละ 2.81 (5 คน) ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน มีคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ	p-value
อายุ	อายุเฉลี่ย 46.08 ปี (10.29 ปี)	อายุเฉลี่ย 44.57 ปี (10.24 ปี)	1.33 <sup>a</sup>	.183
เพศ			1.06 <sup>b</sup>	.304
ชาย	64 คน (42.11)	85 คน (47.75)		
หญิง	88 คน (57.89)	93 คน (52.25)		
สถานภาพ			6.82 <sup>b</sup>	.078
โสด	24 คน (15.79)	48 คน (26.97)		
สมรส	114 คน (75.00)	113 คน (63.48)		
หม้าย	4 คน (2.63)	7 คน (3.93)		
แยกกันอยู่	10 คน (6.58)	10 คน (5.62)		
ระดับการศึกษา			29.94 <sup>b</sup>	<.01 **
ประถมศึกษา	86 คน (56.58)	72 คน (40.45)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	18 คน (11.84)	66 คน (37.08)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปสช.	29 คน (19.08)	29 คน (16.29)		
อนุปริญญา / ปวส.	3 คน (1.97)	3 คน (1.69)		
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า				
ปริญญาตรี	16 คน (10.53)	8 คน (4.49)		

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

a ทดสอบด้วยสถิติ Independent Samples t-test

b ทดสอบด้วยสถิติ Chi square

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.08 ปี (SD 10.29 ปี) และ 44.57 ปี (SD 10.24 ปี) ทดสอบด้วยสถิติ Independent Samples t-test พบว่าค่าเฉลี่ย

อายุของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value .183) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทดสอบความแตกต่างด้านเพศและสถานภาพด้วยสถิติ Chi square พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p-value .304 และ .078 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างของระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01) โดยพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เช่นเดียวกัน (ร้อยละ 56.58 และร้อยละ 40.45 ตามลำดับ) รองลงมา กลุ่มควบคุม ร้อยละ 19.08 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 10.53 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 37.08 จบการศึกษาระดับ

มัธยมศึกษาตอนต้น และ ร้อยละ 16.29 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ตามลำดับ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปร แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค จำนวน 4 ตัวแปร ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จัดระดับของแรงจูงใจและทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ตัวแปร ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับการรับรู้แรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ

แรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	กลุ่มควบคุม		กลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าสถิติ	p-value
	ค่าเฉลี่ย (SD)	การแปลผล	ค่าเฉลี่ย (SD)	การแปลผล		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.32 (0.39)	ระดับสูง	4.04 (0.32)	ระดับสูง	6.86	<.01**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรค	4.27 (0.43)	ระดับสูง	3.96 (0.42)	ระดับสูง	6.68	<.01**
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค	4.18 (0.44)	ระดับสูง	4.18 (0.41)	ระดับสูง	.06	.949
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค	4.09 (0.50)	ระดับสูง	3.50 (0.38)	ระดับปานกลาง	12.02	<.01**

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม มีระดับการรับรู้แรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 4 ตัวแปร ในระดับสูงทุกข้อ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\bar{x}$  4.32, SD 0.39) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรค ( $\bar{x}$  4.27, SD 0.43) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค ( $\bar{x}$  4.18, SD 0.44) และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค ( $\bar{x}$  4.09, SD 0.50) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเปรียบเทียบ มีแรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 4 ตัวแปร ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง ( $\bar{x}$  4.04, SD 0.32) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคระดับสูง ( $\bar{x}$  3.96, SD 0.42) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค ระดับสูง ( $\bar{x}$  4.18, SD 0.41) และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกัน

โรค ระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  3.50, SD 0.38) ตามลำดับ

ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 4 ตัวแปร พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรค และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $<$  .01) สำหรับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันโรค เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value .949)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคกับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิเคราะห์การถดถอยตัวแปร ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคกับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิเคราะห์คร่าวละหลายแปร

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=152 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=178 คน)		Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>								
ท่านทราบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังถ้าติดเชื้อโควิด 19 จะมีการรุนแรงกว่าผู้ที่สุขภาพดี								
ใช่	123	80.90	6	3.40	4.80	3.47	3.89-5.71	<.01**
ไม่ใช่ <sup>Ref</sup>	29	19.10	172	96.60				
<b>ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรค</b>								
ท่านทราบว่า การล้างมือด้วยน้ำสะอาด ไม่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19								
ใช่	143	94.10	19	10.70	4.89	6.30	2.99-9.81	<.01**
ไม่ใช่ <sup>Ref</sup>	9	5.90	159	89.30				
<b>ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค</b>								
ท่านไม่กลัวผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน เช่น เป็นไข้ ปวดกล้ามเนื้อ จึงต้องการรับการฉีดวัคซีน								
ใช่	134	88.20	18	10.10	4.19	3.43	3.27-4.89	.003**
ไม่ใช่ <sup>Ref</sup>	18	11.80	160	89.90				
ถึงแม้การฉีดวัคซีนอาจทำให้เกิดอาการแพ้ ท่านยังคงต้องการรับการฉีดวัคซีน								
ใช่	126	82.90	6	3.40	4.93	4.34	4.02-5.85	.001**
ไม่ใช่ <sup>Ref</sup>	26	17.10	172	96.60				

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Ref กลุ่มอ้างอิง

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์คร่าวละหลายตัวแปร พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ กลุ่มที่รับรู้ความรุนแรงของโรคว่า “ผู้ป่วยโรคเรื้อรังถ้าติดเชื้อโควิด 19 จะมีการรุนแรงกว่าผู้ที่สุขภาพดี” มีโอกาสตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค 3.47 เท่า (OR<sub>adj</sub> 3.47, 95% CI = 3.89-5.71, p-value <.01) กลุ่มที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคว่า “การล้างมือด้วยน้ำสะอาด ไม่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด19” มีโอกาสตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่รับรู้โอกาส

เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 6.30 เท่า ( $OR_{adj}$  6.30, 95% CI = 2.99-9.81, p-value <.01) กลุ่มที่รับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคว่า “ท่านไม่กลัวผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน เช่น เป็นไข้ ปวดกล้ามเนื้อ จึงต้องการรับการฉีดวัคซีน” มีโอกาสตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่รับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค 3.43 เท่า ( $OR_{adj}$  3.43, 95% CI = 3.27-4.89, p-value .003) และกลุ่มที่รับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรคว่า “ถึงแม้การฉีดวัคซีนอาจทำให้เกิดอาการแพ้ ท่านยังคงต้องการรับการฉีดวัคซีน” มีโอกาสตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่รับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค 4.34 เท่า ( $OR_{adj}$  4.34, 95% CI = 4.02-5.85, p-value <.01)

ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.01) แสดงว่าตัวแปรทำนายที่เพิ่มเข้าไปใน model นั้นมีความเหมาะสมดี ทดสอบระดับความสัมพันธ์เพื่ออธิบายความผันแปรในการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Nagelkerke R square ได้เท่ากับร้อยละ 95.20 ความถูกต้องของการทำนายในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 98.50

### วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 กลุ่มวัยแรงงาน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value .183, .304 และ .078 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashour, et al.<sup>11</sup> และ ขนิษฐา ชื่นใจ และ บุญญา บัณฑิตอัมพร<sup>12</sup> ที่กล่าวว่าตัวแปรด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ AlShurman et al.<sup>13</sup> ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มประชาชนที่อยู่ในวัยทำงานอายุระหว่าง 18 - 59 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน ได้แก่ 46.08 ปี (SD 10.29) และ 44.57 ปี (SD 10.24) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.89 และ ร้อยละ 52.25 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75 และ ร้อยละ 63.48 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value < .01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ AlShurman et al.<sup>13</sup>

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ท่านทราบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังถ้าติดเชื้อโควิด 19 จะมีอาการรุนแรงกว่าผู้ที่สุขภาพดี อธิบายได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนผ่านการสื่อสารประเภทต่าง ๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ สื่อออนไลน์ แบบเคาะประตูบ้านโดยบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong CL, et al.<sup>14</sup> ที่กล่าวว่า การมีความรู้เรื่องโรคในระดับดี/ดีเยี่ยม และการเรียนรู้เกี่ยวกับวัคซีนจากสื่อสิ่งพิมพ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Moghaddam, et al.<sup>15</sup> ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะฉีดวัคซีน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Soares P, et al.<sup>16</sup> ที่กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับมาตรการของรัฐบาลระดับต่ำ และการรับรู้เกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ของรัฐบาลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่สอดคล้องและขัดแย้งกันเองมี

ความสัมพันธ์กับความลังเลในการฉีดวัคซีนโควิด 19

3. ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรค พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ท่านทราบว่าการล้างมือด้วยน้ำสะอาด ไม่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 อธิบายได้ว่า การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนปฏิบัติตามหลัก DMHTT ได้แก่ การรักษาระยะห่างจากบุคคลอื่นไม่น้อยกว่า 1 เมตร การสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือสบู่ล้างมืออย่างถูกวิธี การตรวจวัดอุณหภูมิก่อนเข้าสถานที่ทำงาน และการใช้ application ไทยชนะ รวมทั้งการเชิญชวนให้เข้ารับการฉีดวัคซีน ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การไม่ปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Guillon M. & Kergall P.<sup>17</sup> ที่กล่าวว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจและทัศนคติต่อการฉีดวัคซีน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong CL, et al.<sup>14</sup> ที่กล่าวว่า การรับรู้ว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19

4. ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีน

ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ท่านไม่กลัวผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน จึงต้องการรับการฉีดวัคซีน และถึงแม้การฉีดวัคซีนอาจทำให้เกิดอาการแพ้ ท่านยังคงต้องการรับการฉีดวัคซีน ตามลำดับ แผนดูรากล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มจะปฏิบัติตาม<sup>18</sup> ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ความสามารถของตน จึงมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Moghaddam, et al.<sup>15</sup> ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเองที่จะรับวัคซีน และการรับรู้ประสิทธิภาพการตอบสนองของวัคซีน COVID-19 เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจที่จะฉีดวัคซีน

5. ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรค และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค เป็นปัจจัยทำนายการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์ ได้ร้อยละ 98.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Eberhardt J. & Ling J.<sup>19</sup> ที่กล่าวว่า ปัจจัยทั้ง 4 ด้านของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจการฉีดวัคซีนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Moghaddam et al.<sup>15</sup> ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้

ความสามารถของตนเองที่จะรับวัคซีน และการรับรู้ประสิทธิภาพการตอบสนองของวัคซีน COVID-19 เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจที่จะฉีดวัคซีนได้ร้อยละ 61.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อยุติ (Conclusions)

การรับรู้และความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรค และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ยังคงต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับประชาชนให้ทราบเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรัฐบาลได้มีการผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้แล้วนั้น จะส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อและมีการติดเชื้อมากขึ้น จึงต้องยังส่งเสริมมาตรการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal prevention) ให้ปฏิบัติจนเป็นเป็นนิสัย

นอกจากจะช่วยป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว ยังช่วยป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ได้อีกด้วย รวมทั้งการสนับสนุนให้ประชาชนเข้ารับการฉีดวัคซีนให้มากขึ้น โดยสร้างการรับรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลการฉีดวัคซีน ทางเลือกการรับวัคซีนจากแต่ละบริษัท การรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ถ้าเกิดผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการรับวัคซีน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ความคุ้มค่าการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เปรียบเทียบ

ระหว่างผู้ที่รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดกับผู้ที่ไม่ครบตามเกณฑ์ หรือ ปฏิเสธการรับวัคซีน

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดโรค และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการป้องกันโรค สามารถทำนายการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มวัยแรงงานได้

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum. World Health Organization [online] 2020 [cited 2022 Jan 2]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard: Global Situation. World Health Organization [online] 2021 [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://covid19.who.int/>
3. The Centre for the Administration of the Situation due to the Outbreak of the Communicable Disease Coronavirus (COVID-19). Situation of COVID-19 in Thailand [online] 2021 [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://www.moicovid.com/31/12/2021/uncategorized/6031/>
4. Department of Disease Control. 4 measures to open the country VUCA. Department of Disease Control

- [online] 2021 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1197620211123031938.pdf>
5. Department of Disease Control. **Guidelines for COVID-19 vaccinating against in an outbreak situation 2021 in Thailand**. 2<sup>nd</sup> ed. Samut Prakan: T.S Interprint; 2021. 1-98.
  6. The Centre for the Administration of the Situation due to the Outbreak of the Communicable Disease Coronavirus ( COVID- 1 9 ). **The Centre for the Administration of the Situation due to the Outbreak of the Communicable Disease Coronavirus' News on January 11<sup>th</sup> 2022**. [ online] 2565 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.facebook.com/informatio ncovid19/photos/pcb>.
  7. Nong Ruea hospital. **COVID- 1 9 Vaccination Report by Target Group**. Khon Kaen: Nong Ruea hospital; 2022.
  8. Working Group to Monitor the Effectiveness of the Coronavirus 2019 Vaccine. **The Effectiveness of the Coronavirus 2 0 1 9 Vaccine in Healthcare Provider of Thailand. Weekly epidemiological surveillance report**. 2021; 52(35): 1–12.
  9. Department of Disease Control. **Report on Progress in Studying the Effectiveness of the COVID- 1 9 Vaccine from Actual use in Thailand in 4 Population Groups** [online] 2021 [cited 2022 Jan 9]. p. 1–2. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2103120211008071928.pdf>
  10. Vorapongsathron T, Vorapongsathron S. Calculation of Sample Sizes for Research using a G\* Power Program. **Thailand journal of health promotion and environmental health** 2018; 41(2): 11-21.
  11. Ashour S, Al-Tkhayneh KM, Refae GA El, Kaba A. Factors Affecting Attitudes Toward the COVID19 Vaccine: Empirical Evidence from the United Arab Emirates. **J Popul Soc Stud**. 2022; 30: 764–777.
  12. Chuenjai K, Punturaumporn B. **Factors Affecting the Decision to Vaccinate against Coronavirus ( COVID- 1 9 ) of the Population in Bangkok** [online] 2564 [ cited 2022 Jan 17]. Available from: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-9/6214154037.pdf>
  13. AlShurman BA, Khan AF, Mac C, Majeed M, Butt ZA. What Demographic,

- Social, and Contextual Factors Influence the Intention to Use COVID-19 Vaccines: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(17): 9342-9365.
14. Wong CL, Leung AWY, Chung OMH, Chien WT. Factors influencing COVID-19 vaccination uptake among community members in Hong Kong: a cross-sectional online survey. *BMJ Open* 2022; 12(2): 1-14.
15. Ansari- Moghaddam A, Seraji M, Sharafi Z, Mohammadi M, Okati-Aliabad H. The Protection Motivation Theory for Predict Intention of COVID-19 Vaccination in Iran: A Structural Equation Modeling Approach. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 1–9.
16. Soares P, Rocha JV, Moniz M, Gama A, Laires PA, Pedro AR, et al. Factors Associated with COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Vaccine* 2021; 9(300): 1-14.
17. Guillon M, Kergall P. Factors associated with COVID-19 vaccination intentions and attitudes in France. *Public Health* 2021; 198: 200-207.
18. Bandura A. *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
19. Eberhardt J, Ling J. Predicting COVID-19 Vaccination Intention using Protection Motivation Theory and Conspiracy Beliefs. *Vaccine* 2021; 39(42): 6269-6275.



# ประสิทธิผลการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชน โดยใช้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นพี่เลี้ยงในเทศบาลตำบลท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด

ทองมี ผลาผล\*, ชนิตาวดี สายีน\*, บุญยดา วงศ์พิมล\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชนโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยงในเทศบาลตำบลท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง จำนวน 50 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมิน ADL แบบประเมินความพึงพอใจ ที่มีความเชื่อมั่นโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) เท่ากับ 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย ADL สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $p=.001$ ) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก

**คำสำคัญ:** การดูแลผู้สูงอายุ, แกนนำเยาวชน, ผู้สูงอายุ

---

\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Corresponding author: Chanidawadee Sayuen, Email: chanidato2@hotmail.com

Received 13/06/2022

Revised 11/07/2022

Accepted 15/08/2022

## EFFECTIVENESS OF PROVIDING CARE FOR ELDERLIES OF YOUTH LEADERS BY VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS AS MENTORS IN THA-MUANG SUBDISTRICT, SELAPHUM DISTRICT, ROI ET PROVINCE

*Thongmee Palapol\*, Chanidawadee Sayuen\*, Boonyada Wongpimoln\**

### ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of providing care for elderlies of youth leaders by village health volunteers as mentors in Tha-Muang Subdistrict, Selaphum District, Roi Et Province. The participants were 50 homebound and bedridden elderlies who qualified according to inclusion and exclusion criteria. The study was conducted using activities of daily living (ADL) and satisfaction questionnaires. Cronbach's reliability coefficient alpha is 0.86 and 0.85, respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The study results showed that after participating in the program, the elderlies had higher mean scores of activity daily living compared to pre-experiment significantly at the level of .001. The satisfaction of the elderlies towards the elderly care of the youth leaders was at a high level in overall.

**Keywords:** elderly care, youth leader, elderly

---

\*Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Thailand

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สภาวะประชากรผู้สูงอายุ Aging Society จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศและมีอัตราเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 12.2 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 14.9 และในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 16.7<sup>1</sup> และจากรายงานของกรมกิจการผู้สูงอายุสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ เป็นร้อยละ 17.66<sup>2</sup> และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) ภายในไม่กี่ปีข้างหน้า โดยมีสัดส่วนของประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 จะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึง ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด<sup>3</sup> เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับระดับประเทศ โดยมีประชากร

ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 12.90 ในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 14.61 ในปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 16.47 และในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 18.56<sup>3</sup> การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุดังกล่าวนี้ เกิดจากวิวัฒนาการและพัฒนาการด้านเทคโนโลยี ความรู้ทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้ามากขึ้น และนโยบายสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น มีอายุยืนยาว และมีอัตราการตายที่ลดลง ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุแม้จะมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น แต่ก็มี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง<sup>4</sup> โดยเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2563 โรคที่พบมากเป็นอันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด โดยคิดเป็นอัตรา 2,245.09, 1,439.04 และ 515.91 ตามลำดับ และอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2563 พบอันดับ 1 คือ โรคหัวใจขาดเลือด รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงโดยคิดเป็นอัตรา 32.57, 25.05 และ 14.22 ตามลำดับ<sup>5</sup> ซึ่งโรคดังกล่าวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น อัมพฤกษ์อัมพาต ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะไตวายเรื้อรัง อันเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพามากขึ้น และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก<sup>6</sup>

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญของการจัดการสุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องให้ความสำคัญ ในการดูแลที่ถูกสุขลักษณะ ภายใต้การปฏิบัติที่เหมาะสม และมีสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>7</sup> สังคมไทยในอดีตโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นบุตรหลานหรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันเป็นผู้ดูแล<sup>8</sup> ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวที่เป็นรูปแบบของครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุบางท่านอาศัยอยู่เพียงลำพัง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับสูงเพียงร้อยละ 53<sup>9</sup> การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตร CG แต่ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือคนในครอบครัวมีทั้งที่เป็นบุตรหลานและผู้สูงอายุดูแลกันเอง ยังขาดความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ<sup>10</sup> การดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันของทุก ๆ ฝ่าย ทั้งครอบครัว โรงเรียนและชุมชน การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความสามารถ มีความมุ่งมั่นและมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยง เพื่อ

พัฒนาศักยภาพและศักยภาพของเยาวชนที่เป็นบุตรหลานของผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความสามารถ มีความมุ่งมั่น และมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนน ADL ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการอบรมแกนนำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลของเยาวชนแกนนำ

### ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

1. **วัตถุประสงค์และวิธีการ** การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่ม (one group pretest-posttest design) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ดำเนินการโดย

1) ดำเนินการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมโดยการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง จำนวน 50 คน ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าม่วง ประธานชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตร CG การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน ที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2) แบ่งโซนดูแลผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 โซน ตามลักษณะของหมู่บ้านแฝดเพื่อ

ต่อการติดตามเยี่ยมดูแล ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและกล่าวแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงการวิจัยให้ทราบ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย โดยผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และการนำเสนอในทางวิชาการเป็นภาพรวม

3) ดำเนินการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุให้กับแกนนำเยาวชน ดังนั้นทักษะการวัดสัญญาณชีพ ทักษะการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ทักษะการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ทักษะการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทักษะการดูแลสุขอนามัยให้ผู้สูงอายุโดยการตัดเล็บ อาบน้ำ สระผมและช่วยเช็ดตัว และทักษะการผ่อนคลายความเครียด

4) ผู้วิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำเยาวชนร่วมวางแผนการดำเนินการกับแกนนำเยาวชนและประสานผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนัดหมายการดำเนินกิจกรรมในชุมชนและมอบผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายให้แกนนำเยาวชนรับผิดชอบดูแลเยี่ยมบ้านพร้อมกระเป่าและอุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้านเพื่อปฏิบัติกิจกรรมดูแลตามความเหมาะสม

5) ดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยแกนนำเยาวชน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นที่เลี้ยงตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 1** แกนนำเยาวชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เลี้ยงลงชุมชนเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยการประเมินระดับ ADL ประเมินสัญญาณชีพและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำมาวางแผนในการดูแล

**สัปดาห์ที่ 2-11** ปฏิบัติการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้ แต่ละกิจกรรมผู้เยี่ยมสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ได้แก่ วัดสัญญาณชีพดูแล Hygiene care (ตัดเล็บ อาบน้ำ สระผมและช่วยเช็ดตัว) ดูแลจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย นวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การอ่านหนังสือให้ฟังหรือการพูดให้กำลังใจและการคิดค้นนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

**สัปดาห์ที่ 12** สรุปการประเมินผลหลังจากแกนนำเยาวชนได้ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยการประเมินระดับ ADL ของผู้สูงอายุ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เลี้ยงในการติดตาม และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลของแกนนำเยาวชน

**2. ประชากรและตัวอย่าง** ประชากรของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลท่าม่วง จำนวน 715 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จำนวน 50 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ สม่ครใจเข้าร่วม

กิจกรรม สามารถสื่อสารเข้าใจ และยินดีให้  
แกนนำเยาวชนติดตามเยี่ยมตลอดระยะเวลา  
12 สัปดาห์ แกนนำเยาวชนคัดเลือกโดยการ  
สุ่มอย่างง่าย แบบจับฉลาก ทั้งเพศชายและ  
หญิงที่มีอายุระหว่าง 13 -18 ปี ที่กำลังศึกษา  
อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา  
2562 จำนวน 50 คน และอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน  
รวม 11 คน เป็นพี่เลี้ยง โดยทำการจับสลาก  
จับคู่ผู้สูงอายุ แกนนำเยาวชน และ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ  
ติดตามดูแลผู้สูงอายุ

### 1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น 2  
ประเภท คือ

1.1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ  
รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้น  
จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัย  
ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่  
1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ  
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้  
สูงอายุต่อการดูแลของแกนนำเยาวชน  
จำนวน 12 ข้อ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้  
กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม  
ตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาหาค่าความ  
เที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.85

1.2) แบบประเมินดัชนีบาร์ธอล  
เอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) เป็น  
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ  
กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของ Collin,

Wade, Davies, and Home ซึ่งปรับปรุงและ  
พัฒนาขึ้นโดย<sup>11</sup> Jitapunkul, Kamolratanak,  
and Ebrahim (1994) เป็นชุด ข้อคำถาม  
เกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองใน  
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระยะ 24-48  
ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10  
ข้อ โดยได้แบ่ง ระดับความสามารถในการ  
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ ดังนี้  
0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้  
5-8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย  
9-12 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้  
ปานกลาง 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือ  
ตนเองได้ดี

### 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการ  
อนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก  
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัย  
ราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 016/2563 วันที่ 5  
มีนาคม 2563 ผู้วิจัยเสนอหนังสือเพื่อขอ  
อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้ที่มีส่วน  
เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังนี้

2.1) ประชุมเตรียมความพร้อม  
กับทีมวิจัย แผนการดำเนินงาน เครื่องมือวิจัย  
และวิธีการเก็บข้อมูล

2.2) ป ร ะ ชู ม ชี้ แ ฉ ง ก า ร  
ดำเนินงานร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่  
แกนนำเยาวชน จำนวน 50 คน อาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านพี่เลี้ยงในการ  
ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน  
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านท่าม่วง 1 คน ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุจากเทศบาลท่าม่วง 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน และประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มเป้าหมายและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ทราบ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดหมายวันที่สะดวกในการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

### 3) วิเคราะห์ข้อมูล

3.1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

3.2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ADL ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ paired t-test

3.3) ข้อมูลความพึงพอใจของผู้สูงอายุ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการศึกษา (Results)

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74 เป็นผู้สูงอายุวัยกลางร้อยละ 50 และผู้สูงอายุวัยปลาย ร้อยละ 46 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76 อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 52 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และศาสนา (N=50 คน)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	13	26.00
	หญิง	37	74.00
อายุ (ปี)	ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)	2	4.00
	ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)	25	50.00
	ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	23	46.00
สถานภาพ	โสด	22	44.00
	คู่	27	54.00
	หม้าย/หย่า/แยก	1	2.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และศาสนา (N=50 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	12	24.00
มี	38	76.00
<b>อาศัยอยู่กับใคร</b>		
อยู่คนเดียว	2	4.00
อยู่กับสามี/ ภรรยา	21	42.00
อยู่กับบุตร/หลาน	26	52.00
อยู่กับญาติ	1	2.00

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ADL ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ADL ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแล

ผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ADL ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนน ADL	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.92	1.70	-19.694	.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.30	1.70		

3. ภายหลังจากทดลองผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลของแกนนำ เยาวชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (X = 2.50, SD = 0.42) โดยด้านที่ได้รับความ

พึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านจิตบริการ รองลงมา คือ ด้านการได้รับประโยชน์ และด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชน

ข้อคำถาม	Mean (SD)
ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	
1. แกนนำเยาวชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	2.10(0.30)
2. สื่อหรืออุปกรณ์สำหรับการดูแลมีความเหมาะสม	2.08(0.27)
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความเหมาะสม	2.18(0.44)
4. สถานที่ในการดูแลมีความเหมาะสม	2.24(0.43)
ด้านจิตบริการ	
5. มีการกล่าวคำทักทายและสร้างสัมพันธภาพที่ดี	2.76(0.43)
6. มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ	2.70(0.46)
7. ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความนุ่มนวล และเอาใจใส่	2.66 (0.49)
8. มีความกระตือรือร้นในการดูแล	2.85(0.40)
ด้านการได้รับประโยชน์	
9. บริการมีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง	2.54(0.50)
10. การพูดคุยกับแกนนำเยาวชนทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ	2.66(0.48)
11. ความพึงพอใจต่อแกนนำเยาวชน	2.72(0.45)
รวม	2.50(0.42)

### วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. คะแนน ADL ของผู้สูงอายุในชุมชนในการศึกษานี้เฉลี่ย 8.92±1.70 (ก่อนการทดลอง) ซึ่งพบว่าสูงกว่าการศึกษาในชุมชนอื่นที่มีคะแนนเฉลี่ย 7.60 ± 3.19<sup>12</sup> และคะแนน ADL ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยง ผลการวิจัยพบว่า คะแนน

ADL ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการติดตามเยี่ยมโดยแกนนำเยาวชนที่ผ่านการอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็น CG ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นพี่เลี้ยงในการติดตามเยี่ยมทุกครั้งตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมโดยแกนนำเยาวชนเข้าไปช่วยกระตุ้นให้สามารถ

ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา<sup>13</sup> รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในการกำหนดรูปแบบ ในการดำเนินงาน โดยผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้นำชุมชน มีผลการดำเนินงานตาม รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยการเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี พ.ศ. 2562 รายชื่อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทุกข้อ (p-value < .05 ทุกข้อ) โดยดีกว่า ปี 2561

2. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชน จากผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก ส่วนใหญ่แกนนำเยาวชนจะเป็นบุตรหลานที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้สูงอายุมีความเอ็นดู ทำให้ในการดูแลผู้สูงอายุจะดูแลในลักษณะบุตรหลานดูแลผู้ใหญ่ในบ้าน และในการติดตามเยี่ยมและให้การดูแลผู้สูงอายุก็มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สามารถให้คำแนะนำกับแกนนำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุได้

สอดคล้องกับ<sup>14</sup> การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยจัดผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ออกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุคนละ 1 ราย พร้อมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุต้นแบบที่ผ่านการอบรม (care manager) ผู้สูงอายุประเมินความพึงพอใจในการออกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตามแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษา<sup>15</sup> การดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาโก อำเภอภูฉิมรายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการบริการของนักบริบาลผู้สูงอายุ ในระดับสูง (ร้อยละ 40.0) โดยมีความพอใจมาก ในด้านการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การแนะนำและดูแลกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุ และการให้บริการด้านสุขภาพตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

### ข้อยุติ (Conclusions)

จากการศึกษาสรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นที่เลี้ยง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

และช่วยให้แกนนำเยาวชนสามารถพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้นเช่นกัน ส่งผลให้แกนนำเยาวชนได้รับความพึงพอใจจากผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วย

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชนในชุมชนควรเน้นเยาวชนในครอบครัวหรือเครือญาติที่อยู่กับผู้สูงอายุหรือใกล้ชิดเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง รวมทั้งเยาวชนจะมีทัศนคติและสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุและสามารถ

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (MMU). **Situation of the Thai Elderly, 2018**. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2018.
2. National statistical office Ministry of Digital Economy and Society. **Report on the 2020 survey of the older person in Thailand**. Bangkok: National Statistical Office; 2020. [in Thai]

ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การศึกษานี้พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของแกนนำเยาวชนโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยงช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

3. Strategy and planning division. **Thai health stat**. Bangkok: Ministry of public Health; 2021. [in Thai]
4. Waichompu N, Boontud R, Singweratham N. Elderly health promotion by three main concepts. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2019; 6(2): 262-269. [in Thai]
5. Department of disease control, Ministry of Public Health. **The no communicable disease report; diabetes, hypertension and related**

- factors.** Bangkok: Aksorn graphic and design publishing limited partnership; 2020. [in Thai].
6. Penpo P. Factors Related to Health Promotion Behaviors of The Elderly in Wangsaiphun District, Phichit Province. **Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office** 2020; 4(8): 210 - 223. [in Thai].
  7. Faimuenwai R, Kimsungnuen N, Rueanrudipirom K. The Elderly Care Model: The Answer is The Community Health System. **Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health** 2021; 44(3): 11 - 22. [in Thai].
  8. Sukjit S, Duangthong J, Thuwakum W. Potential Development Model of the Elderly's Caregivers with Participation of the Community Network Pa Sao, Muang, Uttaradit. **Journal of Council of Community Public Health** 2020; 3(2): 109 -118. [in Thai].
  9. Keawmuang S, Yangyuen S, Mahaweerawat U, Mahaweerawat C. HEALTH LITERACY AND SELF-CARE BEHAVIORS AMONG RURAL ELDERLY. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(3): 377- 388. [in Thai].
  10. Junrith K, Kancham P, Thanawat T, Jaikamwang N, Konthasing P. Health care model for the elderly by community networks participation, Tambon Pasao, Muang, Uttaradit. **Academic Journal Uttaradit Rajabhat University Science and Technology** 2019; 14(1): 65 - 78. [in Thai].
  11. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. **J Med Assoc Thai** 1994; 77(5): 231- 238.
  12. Prasomruk P, Wongchareon R, Prapatpong P. Related between Activity daily living, Happiness with Quality of Life Among elderly dependents in Amnut Charoen Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(3): 363 - 380. [in Thai].
  13. Tangkhawanit A. Model of long term care elderly laodaeng Subdistrict Don Mot Daeng District Ubon Ratchathani Province. **Journal of Health and Environmental Eucation** 2020; 5(2), 28 - 35. [in Thai].
  14. Robrujen S. Development of the Elderly Care Model for Elderly Caregivers, Warinchamrab District,

Ubon Ratchathani Province. **Princess of Naradhiwas University Journal** 2017; 9(3): 57 - 69. [in Thai].

15. Somdee T, Pankumkaow P, Ngampo P, Yangyuen S, Mahaweerawat U, Keawmuang S and Mahaweerawat C. The performance of caregivers for the dependent elderly in Nago Subdistrict, Kuchinarai District, Kalasin Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 8( 4) : 489 - 500. [in Thai].



# พฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชน ปี พ.ศ. 2565

กิตติมา อินศิริ\*

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยเชิงสำรวจทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 18-24 ปี จำนวน 2,464 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไควสแควร์

ผลการศึกษา ความรู้เท่าทันกัญชาในเยาวชน พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ความแตกต่างระหว่างอายุมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.0001$ ) ในขณะที่เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่าย ความแตกต่างระหว่างอายุมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) พฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนพบสูงถึงร้อยละ 6.45 ซึ่งสูงกว่าอัตราการใช้ในประชาชนทั่วไป

**คำสำคัญ:** กัญชา, เยาวชน, ประเทศไทย

---

\*ทันตสถานวัยหนุ่มกลาง กรมราชทัณฑ์

Corresponding author: Kittima Insiri Email: kittymomen@gmail.com

Received 07/07/2022

Revised 03/08/2022

Accepted 02/09/2022

## CANNABIS USE BEHAVIOUR AMONG YOUTH IN B.E. 2565

*Kittima Insiri\**

### ABSTRACT

Thailand has undergone significant cannabis policy and legislation changes in 2019-2022. This study aims to study cannabis use behavior among Thai youths. It is a nationwide survey research. The sample consisted of 2,464 youths aged 18-24, using stratified multistage sampling. A self-administered questionnaire was employed in data gathering. Data were analyzed with descriptive statistics and chi-square.

The study found that cannabis awareness among youth is relatively low. The difference between the ages was statistically significant ( $P < 0.0001$ ). While youth had easy access to cannabis. The difference between the ages was statistically significant ( $P < 0.01$ ). Cannabis use behavior among youths was as high as 6.45 percent, which was higher than the rate of use in the general population.

**Keywords:** Cannabis, Youth, Thailand

---

\* Central Correctional Institution for Young Offenders, Department of Corrections

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

คำว่า Ganja สันนิษฐานว่ามาจากภาษา Bengali ปรากฏในจารึกภาษาสันสกฤตของศาสนาฮินดู หมายความว่า Cannabis พืชล้มลุกในตระกูล Cannabaceae ที่รู้จักกันดีในประเทศไทยมี 2 สายพันธุ์ คือ กัญชง (Hemp) และกัญชา (Marijuana) เป็นพืชประเภทป่าน และปอ ลำต้นสูงประมาณ 2-4 ฟุต ลักษณะใบจะแยกออกเป็นแฉกประมาณ 5-8 แฉก ที่ขอบใบทุกใบจะมีรอยหยักอยู่เป็นระยะ ๆ ออกดอกเป็นช่อเล็ก ๆ ตามง่ามของกิ่งและก้าน มีส่วนเส้นใยจากลำต้นที่นำมาใช้ประโยชน์ในขณะที่ กิ่ง ก้าน ใบ และช่อดอก จะถูกนำมาใช้เสพทั้งในรูปกัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ (Cannabis Oil) ส่วนเรซิน (Resin) จะถูกแปรสภาพเพื่อนำมาเสพในรูปของยางกัญชา (Hashish) น้ำมันกัญชา (Hashish Oil) และผลิตภัณฑ์แปรรูปของเรซินชนิดอื่น ๆ<sup>1</sup>

กัญชาออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กด และหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในกัญชากว่า 100 ชนิด ที่สำคัญ คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Canabidiol (CBD) สารนี้จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบไหลเวียนโลหิตมากที่สุดซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ ความจำ ความสามารถในการระบวน การคิด sensorium, motor coordination, time sense และ การรับรู้

ตนเอง สันนิษฐานกันว่ามนุษย์รู้จักกัญชามานานกว่า 10,000 ปี<sup>2</sup> แม้ยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตจากการใช้กัญชาเกินขนาด (overdose deaths)<sup>3</sup> การศึกษาวิจัยในประเทศไทย พบว่า การสูบกัญชามีภาระโรค (DALYs) ไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่ และยังต่ำกว่าการดื่มสุรา<sup>4</sup> กัญชาจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดของสหประชาชาติ ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 (The Single Convention on Narcotics Drugs, 1961) ถือเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันมากที่สุดในโลก สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs Crime, UNODC) คาดประมาณว่า ปี ค.ศ. 2019 มีผู้ใช้กัญชา 200 ล้านคน หรือร้อยละ 4 ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี อัตราความชุกของการใช้กัญชายังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน<sup>5</sup> ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2562 พบกัญชาระบาดในทุกภาคของไทย คนไทยที่เคยใช้กัญชามีมากถึง 1.7 ล้านคน หรือ ร้อยละ 3.4 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศ ผู้ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 6.6 แสนคน และกว่า 5 แสนคน ใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา<sup>6</sup> การศึกษาในระดับพื้นที่ได้ผลใกล้เคียงกัน<sup>7</sup>

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนาน พบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสม

อาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวน เป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ากัญชาเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อใด รัฐบาลไทยได้สังเกตเห็นโทษของกัญชาจึงได้ออกพระราชบัญญัติกัญชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชา ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาล จึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ขึ้นมาใช้แทน<sup>4</sup> ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ<sup>5</sup> สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การ

อาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้อาเจียรจากการได้รับเคมีบำบัด ในปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเตอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเอง ในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและสูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย<sup>6</sup> ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชายังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมือง ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 ต่อเนื่องมาต้องการให้ปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดให้โทษ จนกระทั่งมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564

และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชา และกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้โดยง่าย อนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2565) ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชน เป็นที่วิตกกังวลโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้กัญชาระบาดในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชน

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทยภายหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

#### ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

##### 1. การออกแบบวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจชนิดตัดขวาง (Cross-sectional Survey) เมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

##### 2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากรเป้าหมาย คือ เยาวชนไทยที่มีอายุ 18-24 ปี ทั่วประเทศ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอนโดย

1) แบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 ชั้นภูมิ

2) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ชั้นภูมิละ 1 จังหวัด

3) แต่ละจังหวัดจำแนกชั้นภูมิตามระดับการศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา

4) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ระดับอาชีวศึกษา 2 แห่ง, ระดับอุดมศึกษา 1 แห่ง

5) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ปวช. 1-3 และ ปวส. 1-2 รวม 5 ห้อง, ระดับอุดมศึกษา สุ่มตัวอย่างระดับปริญญาตรีปีที่ 1-4 รวม 4 ห้อง

6) แต่ละห้องขอความรวมมีกลุ่มตัวอย่างทุกรายตอบแบบสอบถาม ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 17.48 - 240.72 ต่อ 1,000 ประชากรจากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ

ปี พ.ศ. 2554<sup>10</sup> ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่า design effect เท่ากับ 13 คาดประมาณสัดส่วนผู้ไม่สมัครใจร้อยละ 10 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 18-24 ปี ที่ลงทะเบียนศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่

สุ่มเลือกในวันที่สำรวจ และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยมีอัตราการตอบกลับร้อยละ 91.25 ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 2,464 คน ตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนเยาวชนตัวอย่างในการสำรวจ

	อายุ (ปี)							รวม
	18	19	20	21	22	23	24	
ชาย	195	138	159	176	161	195	195	1,219
หญิง	144	279	174	165	195	144	144	1,245
รวม	339	417	333	341	356	339	339	2,464

**3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล**

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้

ประกอบด้วย ความรู้เท่าทันกัญชา (Cannabis Literacy) การเข้าถึงกัญชา (Cannabis Accessibility) และพฤติกรรมการใช้กัญชา (Cannabis Use Behaviour) โดย

1) ความรู้เท่าทันกัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถในการรับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจอย่างเหมาะสมและปฏิบัติอย่างถูกต้องในสถานการณ์<sup>11,12</sup>

2) การเข้าถึงกัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถของเยาวชนสามารถหาได้ด้วยตนเองภายในเวลา 15 นาที ประกอบด้วยการรับรู้ถึงแหล่งจำหน่ายกัญชา การรับรู้ถึงชนิดและคุณภาพกัญชา การรับรู้

ราคาจำหน่ายและอำนาจในการซื้อของเยาวชน ทั้งนี้รวมถึงผลิตภัณฑ์กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสารสกัดกัญชา และอาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา

3) พฤติกรรมการใช้กัญชาในการศึกษานี้หมายถึง การนำกัญชาทุกรูปแบบ (กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา/สารสกัดกัญชา) เข้าสู่ร่างกาย (ทางปาก/สูบ) โดยสมัครใจ มุ่งเน้นประสบการณ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยนับรวมทั้งการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางนันทนาการ (recreational) เพื่อวัตถุประสงค์เสริมการทำงาน (functional) และเพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ (medicinal use)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ คุณลักษณะทางประชากร ความรู้เท่าทันกัญชา การเข้าถึงกัญชา และพฤติกรรมการใช้กัญชา โดย

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.93 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชนจำนวน 52 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98

2) ความรู้เท่าทันกัญชา ประยุกต์จากมาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติดฉบับย่อ<sup>13</sup> ประกอบด้วยคำถาม 32 ข้อ ค่า CVI 0.86, ค่าความแม่นยำพร้อมกัน (Concurrent validity) 0.67 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.83 ใช้เวลาในการตอบ 8 นาที

3) การเข้าถึงกัญชา ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.91 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชนจำนวน 104 คน

ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.89

4) พฤติกรรมการใช้กัญชา ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.94 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 4 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชนจำนวน 104 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.96 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

2) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืนในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565

#### 4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ ดำเนินการดังนี้

1) นำเข้าข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ ด้วยวิธีสอบทาน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไขปรับปรุง จนสามารถแน่ใจได้ว่าข้อมูลถูกต้อง

2) ปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูลให้เหมาะสม

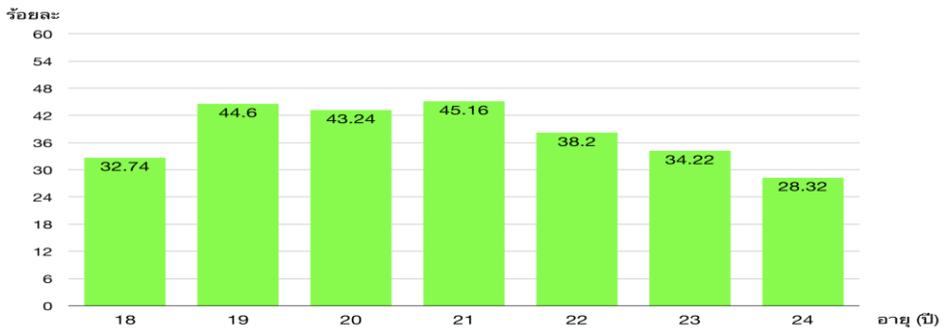
3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และไควร์สแควร์

### ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 2,464 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.5 อายุเฉลี่ย 20.9 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.99, ค่ามัธยฐาน 21, ค่าพิสัยควอไทล์ 4)

ความรู้เท่าทันกัญชา พบว่าเยาวชนมีความรู้เท่าทันเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 38.27 (95%CI 36.35-40.19) ค่าสูงสุดอายุ 21 ปี ร้อยละ 45.15 ต่ำสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 28.32 ทั้งนี้ความแตกต่างของความรู้เท่าทันในระหว่างแต่ละอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001

ความรู้เท่าทันกัญชาของเยาวชน

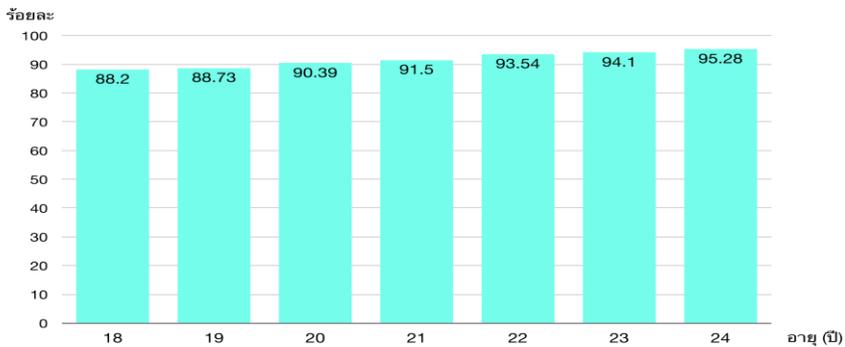


ภาพที่ 1 ความรู้เท่าทันกัญชาของเยาวชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ

เมื่อพิจารณาความสามารถในการเข้าถึงกัญชา พบว่า เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ภายในเวลา 15 นาที ร้อยละ 91.44 (95%CI 90.34-92.54) ค่าสูงสุดอายุ 23-24

ปี ร้อยละ 94.10 ต่ำสุดอายุ 18 ปี ร้อยละ 88.20 ทั้งนี้ความแตกต่างของความรู้เท่าทันในระหว่างแต่ละอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### การเข้าถึงกัญชาของเยาวชน

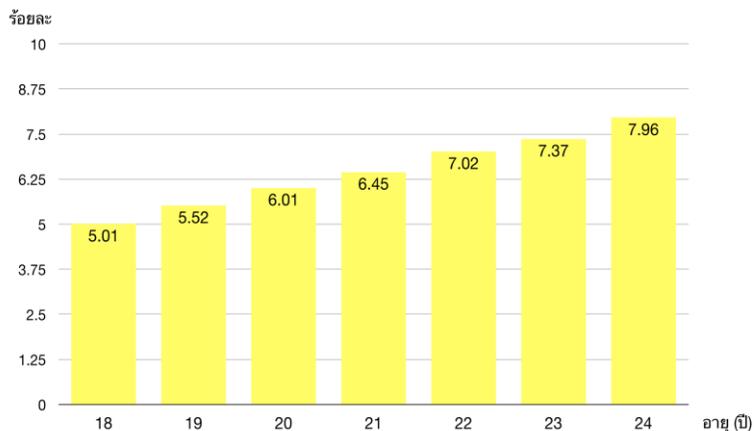


ภาพที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงกัญชาของเยาวชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ

ในด้านพฤติกรรมเสพกัญชา พบว่า เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาในทุกรูปแบบทั้งการเสพ ผสมในอาหาร/เครื่องดื่ม ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพโดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 6.45 (95%CI

5.48-7.42) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปีร้อยละ 7.96 ต่ำสุดอายุ 18 ปี ร้อยละ 5.01) ทั้งนี้ความแตกต่างของพฤติกรรมเสพกัญชาในระหว่างแต่ละอายุ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

### พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา



ภาพที่ 3 พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มอายุต่าง ๆ

## วิจารณ์ (Discussions)

แม้ว่าขนาดตัวอย่างและกระบวนการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability sampling) ในการสำรวจแต่ละครั้งจะคำนึงถึงความเป็นตัวแทน (representativeness) และความเพียงพอต่ออำนาจทางสถิติ (statistical power) ในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ด้วยข้อจำกัดทางจริยธรรมในการวิจัย ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นอิสระในการตอบคำถาม การมีเวลาเพียงพอ และความสมัครใจในการตอบคำถามทั้งแบบรายข้อหรือทั้งฉบับ ทำให้อาจพบความคลาดอยู่บ้าง อาทิ ในบางกลุ่มอายุอัตราการตอบกลับระหว่างเพศไม่เท่ากัน และการตอบกลับไม่เท่ากันในทุกครั้งที่ทำการสำรวจ แต่พบว่าการตอบกลับสูงกว่าร้อยละ 90 ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งสองเพศ ทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนต่ำ

ความรู้เท่าทันกัญชาเป็นความสามารถในการรับข้อมูล ประมวล ทำความเข้าใจ ตัดสินใจ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นระดับความรู้เท่าทัน จึงไม่ได้แปรผันตามอายุการที่เยาวชนอายุมากมีระดับความรู้เท่าทันต่ำกว่าเยาวชนอายุน้อยในการสำรวจเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้เท่าทัน อาทิ การลือกเข้าถึงเนื้อหาของสาระความเข้าใจในสาระที่ได้รับการตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม<sup>14</sup>

การศึกษานี้พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชน

เพิ่มมากขึ้น สูงกว่าการศึกษาอื่นที่ใกล้เคียงกันพบว่า รายงานการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ คนไทยกลุ่มอายุ 12-19 ปี และ 20-24 ปี ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.9 ตามลำดับ ส่วนการใช้ในช่วงเดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.1 ตามลำดับ<sup>6</sup>

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชาส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนด้วย ซึ่งพบการจับกุมของกลางกัญชาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจับกุมในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ถึง 3 เท่า และเพิ่มขึ้น 16 เท่าจากปี พ.ศ. 2560<sup>15</sup>

เมื่อพิจารณาตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในประเทศไทยที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสวกัญชามีอยู่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ติดกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัด<sup>6</sup> ประกอบกับระบบข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันไม่นำเข้าข้อมูลเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ทำให้ไม่มีข้อมูลเยาวชน รวมทั้งผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งสมัครใจ (เจ้าหน้าที่ตั้งด่านตรวจปัสสาวะ เมื่อพบผลบวกจึงนำส่งบำบัด) แต่เมื่อกัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงไม่มีการตรวจกัญชาทำให้ตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในระบบไม่เพิ่มขึ้น

การใช้กัญชาก่อนทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ ขนาดของผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้ การให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ใช้กัญชา<sup>16</sup> แม้การทบทวนทางระบาดวิทยาจะยังไม่มีรายงานการตายจากการใช้กัญชาเกินขนาด<sup>3</sup> หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต การสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (cases report) และยังมีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ<sup>17,18</sup> ในทางตรงกันข้าม การใช้กัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.9 เท่า<sup>19</sup> ผู้ใช้กัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ใช้ในปริมาณมาก ๆ<sup>20</sup> ในแง่ของผลกระทบทางสังคมจากการศึกษาระยะยาวในปี ค.ศ. 1990 พบว่าผู้เริ่มใช้กัญชาก่อนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มมออกจากการเรียน<sup>21</sup> ผู้ที่ติดกัญชาหรือใช้กัญชาต่อเนื่องระยะยาวเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจว่างงาน และมีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย<sup>22-24</sup> ยิ่งกว่านั้นยังมีโอกาสถูกปลดออกจางานมากกว่าปกติ<sup>25</sup>

บางประเทศมีความเชื่อวากัญชาไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่น ๆ กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ ในขณะที่บางประเทศที่กฎหมายอนุญาตเฉพาะกรณี

เช่น อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์และการวิจัย ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ 56 ประเทศที่มีการอนุญาตใช้กัญชา/สารสกัด/อนุพันธ์กัญชาในทางการแพทย์ได้ เมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า ผู้ที่เสพกัญชาใน 1 เดือนที่ผ่านมา เพียงร้อยละ 39.2 ที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ (medicinal use) ทั้งนี้ร้อยละ 40 เคยได้รับพิษจากการใช้กัญชา<sup>9</sup> แม้ในการศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลพิษจากการใช้กัญชา แต่ข่าวจากสื่อมวลชนก็นำเสนออย่างต่อเนื่องถึงผู้ได้รับผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง เป็นที่คาดคะเนว่าเยาวชนจำนวนมากได้รับพิษจากกัญชา

จากประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูปกฎหมายกัญชา พบว่า เกิดการพัฒนาสายพันธุ์กัญชาให้มีค่า THC (delta-9-Tetrahydrocannabinol) สูงขึ้นโดยในช่วง 10 ปี มีการพัฒนาสายพันธุ์ที่มีค่า THC สูงขึ้นกว่าเท่าตัว<sup>1</sup> เช่นเดียวกับในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่า 1) การเพิ่มขึ้นของร้านค้าแพที่ขึ้นทะเบียนให้ใช้กัญชาได้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสพกัญชาในช่วงชีวิตของเยาวชนอายุ 18-20 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 44 ในช่วง 10 ปี และการเสพกัญชาในเดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 เป็นร้อยละ 18.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน<sup>26</sup> 2) อายุที่เริ่มใช้กัญชาลดลงจาก 15 ปี เป็น 14 ปี<sup>27</sup> 3) หลังนโยบายกำหนดอายุผู้ซื้อกัญชามีผลให้เยาวชนต้อง

หาซื้อกัญชาจากเพื่อนทำให้มีโอกาสใช้ยาอื่น และก่ออาชญากรรม<sup>28</sup>

ความเชื่อที่ว่ากัญชามีประโยชน์ ทางด้านการแพทย์มีความเชื่อมโยงสูงในการ สนับสนุนให้การใช้กัญชาถูกกฎหมาย ผลการ สืบสวนในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าหากการใช้ กัญชาในทางการแพทย์มีกฎหมายรับรองแล้ว นั้น ปัจจัยต่าง ๆ จะยังมีอิทธิพลสนับสนุนให้ การใช้กัญชาเป็น สิ่ง ถูกกฎหมาย<sup>29</sup> ประสบการณ์ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา พบว่าหลังจากประกาศนโยบายกัญชาทาง การแพทย์ ประมาณ 8-12 ปี จะเกิดแรง ขับเคลื่อนให้เกิดการใช้กัญชาเสรี<sup>1</sup> (มานพ คณะโต และคณะ, 2558) แต่สำหรับประเทศไทย ใช้เวลาเพียง 3 ปี ถึงแม้รัฐบาลจะแถลง ว่าเจตนามุ่งเน้นที่การใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่การถอดกัญชาจากบัญชียาเสพติด และ ยังไม่มีกฎหมายควบคุมในเวลาที่เหมาะสม จึงทำให้ประเทศไทยมีสภาพการณ์ไม่ต่าง จากกัญชาเสรี

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kanato M, Leyatikul P, Ritmontri S. A documentary report on Cannabis Policies and Management: Case study of Great Britain and the United States of America. Bangkok: Charunsanitwong publishing; 2015. [in Thai].

### ข้อยุติ (Conclusions)

ความรู้เท่าทันกัญชาอยู่ในระดับต่ำ เข้าถึงกัญชาได้ง่าย อัตราการใช้กัญชา ในกลุ่มเยาวชนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ ประชากร

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดทำให้เยาวชนเสพยาเพิ่มขึ้น รัฐจึงควรมา มาตรการควบคุมการใช้กัญชาเพื่อ นันทนการในกลุ่มเยาวชนอย่างเร่งด่วน

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศเพื่อ ศึกษาความชุกของยาเสพติดในประเทศไทย ดำเนินมาเป็นระยะ การศึกษานี้พบว่าหลัง การปลดล็อกกัญชาพบการแพร่ระบาดมาก ขึ้นในกลุ่มเยาวชน

2. Abel EL. MARIHUANA The First Twelve Thousand Years. New York: Springer; 1980.

3. Calabria B, Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use.

- Drug and alcohol review** 2010; 29(3): 318-330.
4. Kanato M, Pukdeerach P, Punthet W, Boonchumng C, Loeiyood J. **Feasibility study of Cannabis Decriminalization Policy**. Khon Kaen: ISAN Substance abuse Academic Network; 2016. [in Thai].
  5. United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2021**. United Nations Publications; 2021.
  6. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
  7. Pukdeerach P, Kanato M. Estimation of Cannabis Users in Udonthani province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2016; 4(2): 255-268. [in Thai].
  8. Joy J, Mack A. **Marijuana as medicine?: The science beyond the controversy**. Washington D. C. : National Academies Press; 2000.
  9. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36.
  10. ACSAN. **Size Estimation on Substance Users in Thailand 2011**. Bangkok: Administrative Committee on Substance abuse Academic Network; 2011. [in Thai].
  11. 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): 259-267.
  12. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. **Family medicine and community health** 2020; 8(2): 1-11.
  13. Momen K, Kanato M. Developing a Substance Literacy Scale for Thai Population. **Journal of the Medical Association of Thailand** 2015; 98(7): 10-16.
  14. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates W C, Nurss JR. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. **Jama** 1995; 274(21): 1677-1682.
  15. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2022.

16. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text.** Addiction Research Foundation; 1998.
17. Joshi M, Joshi A, Bartte T. Marijuana and lung diseases. **Current opinion in pulmonary medicine** 2014; 20(2): 173-179.
18. Hackam DG. Cannabis and stroke: systematic appraisal of case reports. **Stroke** 2015; 46(3): 852-856.
19. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie, SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. **Journal of Psychopharmacology** 2005; 19(2): 187-194.
20. Lev-Ran S, Roerecke M, Le Foll B, George TP, McKenzie K, Rehm J. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Psychological medicine** 2014; 44(4): 797-810.
21. Ellickson P, Bui K, Bell R, McGuigan, KA. Does early drug use increase the risk of dropping out of high school?. **Journal of Drug Issues** 1998; 28(2): 357-380.
22. Fergusson DM, Boden JM, Horwood, LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. **Addiction** 2006; 101(4): 556-569.
23. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. **Addiction** 2008; 103(6): 969-976.
24. Brook JS, Lee JY, Finch SJ, Seltzer N, Brook DW. Adult work commitment, financial stability, and social environment as related to trajectories of marijuana use beginning in adolescence. **Substance abuse** 2013; 34(3): 298-305.
25. Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD, Stinson FS. Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991- 1992 and 2001-2002. **Jama** 2004; 291(17): 2114-2121.
26. MacCoun R, Reuter P. Evaluating alternative cannabis regimes. **The British Journal of Psychiatry** 2001; 178(2): 123-128.
27. Monshouwer K, Smit F, De Graaf R., Van Os J, Vollebergh W. First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. **Addiction** 2005; 100(7): 963-970.

28. Korf DJ. Dutch coffee shops and trends in cannabis use. **Addictive behaviors** 2002; 27(6): 851-866.
29. Sznitman SR, Zolotov Y. Cannabis for therapeutic purposes and public health and safety: a systematic and critical review. **International Journal of Drug Policy** 2015; 26(1): 20-29.



## การใช้สารเสพติดในแรงงานเกษตรไทย

นฤมล จันทร์มา\*

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการใช้ยาและศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะสภาพแวดล้อมชุมชนกับการใช้สารเสพติดในกลุ่มแรงงานเกษตรไทย ออกแบบเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มแรงงานเกษตรจำนวน 2,936 คนทั่วประเทศ ผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมดำเนินการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง รวมทั้งสังเกตรูปแบบและพฤติกรรมกรรมการใช้สารเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยแบบจำลองการถดถอยโลจิสติกพหุระดับ

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการใช้สารเสพติดในแรงงานเกษตรคิดเป็นร้อยละ 58.73 มีการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและยารักษาโรคผิดแบบแผนกันอย่างแพร่หลาย อายุ เพศ และพฤติกรรมการใช้ยาผิดแบบแผนสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บริบทส่งผลต่อการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ โดยพื้นที่ที่มีอัตราการเข้ารับการบำบัดสูงขึ้น 1 ต่อ 1,000 ประชากร จะมีแรงงานเกษตรใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น 12.7 เท่า และมีแรงงานเกษตรใช้ยาบ้าเพิ่มขึ้น 15.3 เท่า

**คำสำคัญ:** แรงงานเกษตร, สารเสพติด, ประเทศไทย

---

\*คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Corresponding author: Narumon Janma Email: narumon.jan@pcru.ac.th

Received 08/07/2022

Revised 10/08/2022

Accepted 12/09/2022

## SUBSTANCE ABUSE AMONG THAI'S AGRICULTURE-RELATED WORKERS

*Narumon Janma\**

### ABSTRACT

The study objectives were to examine drug use prevalence and to explore the associations of cluster environment characteristics with drug use among agriculture-related workers in Thailand. This was a cross-sectional study involving 2936 agriculture-related workers throughout Thailand. Trained interviewers conducted semi-structured interviews. The drug-use patterns and behaviors of 124 current users were also structurally observed. A multilevel binary logistic regression model was used to estimate the effects of the cluster environment on drug use.

The annual prevalence was 58.73%. Illicit drugs and non-prescription drugs were widely used. Age, sex, and non-prescription behavior were associated with statistically significant substance use. Contextual clustering was found to affect drug use among agriculture-related workers significantly. A 1-unit increase in treatment rate predicted 12.7-times higher illicit drug use and 15.3-times higher methamphetamine use. Conclusions: Agricultural work facilitated the spread of drug use. The design of the surveillance system should be considered.

**Keywords:** Agriculture workers, Substance, Thailand

---

\* Faculty of Science and Technology, Phetchabun Rajabhat University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งทำทลายต่อสุขภาพส่วนบุคคลและสังคมอย่างกว้างขวาง จากข้อมูลของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ประชากรอายุ 15-64 ปีทั่วโลก ร้อยละ 5.6 ใช้ยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้งในปี พ.ศ. 2559 และมากกว่าร้อยละ 10 ของผู้ใช้ยาเหล่านั้นมีอาชญากรรมติดต่อกับการใช้ยา<sup>1</sup> ในสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) อัตราผู้ใช้ยาเสพติดในปี พ.ศ. 2559 ที่เข้าสู่ระบบการรักษา 27.8 ต่อประชากร 100,000 คน กว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน<sup>2</sup> การสำรวจครัวเรือนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 พบว่าคนไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี 1.4 ล้านคน ใช้ยาเสพติดคิดเป็นร้อยละ 2.8 ผลการสำรวจครัวเรือนทั้งประเทศครั้งล่าสุดพบว่า กัญชา กระต่อม (Mitragyna speciosa Korth) และเมทแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดที่ใช้กันมากที่สุด<sup>3</sup> เมื่อเปรียบเทียบสถิติของรัฐ พบว่ามีเพียงร้อยละ 13 ของผู้ใช้ยาเหล่านี้เท่านั้นที่คาดว่าจะเข้าถึงระบบการรักษาทั้งหมดในปี พ.ศ. 2559<sup>4</sup> แม้ว่าการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ปัญหาดังกล่าวก็เป็นส่วนหนึ่งของวาระแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548<sup>5</sup>

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 1903 ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาเสพติด<sup>6</sup> พืชเสพติดที่

สามารถพบได้ทั่วไป ได้แก่ มิน กัญชา และกระต่อม ยาเสพติดสังเคราะห์ชนิดแรกที่พบคือ เฮโรอีน ซึ่งพบประชากรไทยใช้ครั้งแรกเมื่อก่อนปี พ.ศ. 2500 การใช้สารกระตุ้น (แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีน) ได้แพร่ระบาดมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 พบการเสพยาเสพติด (เบนซิน แล็คเกอร์ และกาว) ในช่วงปี พ.ศ. 2520<sup>7</sup> ในช่วงปี พ.ศ. 2530 มีการใช้สารเสพติดกลุ่มใหม่ เช่น ยาไอซ์ เคตาไมน์ ไอซ์ และโคเคน อย่างแพร่หลาย<sup>8</sup> และยังพบการใช้ยารักษาโรคจิตแบบแผนและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่ (New Psychoactive Substance, NPS) อย่างมากเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา<sup>9</sup> อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทางสถิติแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้ยาบ้าเป็นกลุ่มผู้ใช้ยาที่ใหญ่ที่สุดที่เข้าถึงการรักษา<sup>10</sup> เนื่องจากกัญชาและกระต่อมมีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดอื่น ๆ มีผู้ใช้เพียงไม่กี่คนเท่านั้นที่ต้องได้รับการรักษา

โดยทั่วไป ผู้คนเสพยาเสพติดด้วยเหตุผลหลายประการ สารกระตุ้นเชื่อว่า จะลดความเหนื่อยล้า ช่วยในการทำงานได้มากขึ้น<sup>11,12</sup> เมทแอมเฟตามีนซึ่งเป็นสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (Amphetamine Type Stimulants, ATS) มีประวัติการใช้มาอย่างยาวนานในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก<sup>13</sup> ปัจจุบันในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน เมทแอมเฟตามีนมีจำหน่ายในรูปแบบผลิตภัณฑ์ ผง และยาเม็ด<sup>14</sup> ในประเทศไทยสารกระตุ้นเป็นที่รู้จักตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2500 และเป็นปัญหาสำคัญตั้งแต่ปี พ.ศ.

2530<sup>15</sup> สถิติล่าสุดแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้สารกระตุ้น 3 ใน 4 เป็นผู้ใช้ยาบ้า<sup>10</sup> มีรายงานการศึกษาว่าการใช้ยาบ้า มีทั้งการใช้แบบสารเดี่ยว และใช้ร่วมกับสารอื่นในการเสพครั้งเดียวกัน<sup>16</sup> ผู้ใช้ยาบ้า 2 ใน 3 ที่รับการบำบัดรักษาของรัฐยังเป็นผู้ใช้แรงงาน รวมถึงเกษตรกรด้วย ทั้งนี้ มูลค่าสินค้าเกษตรคิดเป็น 8.7% ของ GDP ของประเทศไทย<sup>17</sup> ยิ่งกว่านั้น จากสถิติแรงงานในปี พ.ศ.2559 พบว่าร้อยละ 30 เป็นแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร<sup>18</sup> พบการศึกษาวิจัยได้รายงานความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับกิจกรรมทางการเกษตร<sup>19,20</sup>

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้รับผลกระทบจากปัจจัยกำหนดทางสังคมต่าง ๆ รวมถึงลักษณะส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับครอบครัว/ครอบครัวและเพื่อนบ้าน<sup>21-23</sup> งานศึกษาวิจัยบางชิ้นมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยส่วนบุคคลและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด<sup>22,24</sup> การวิจัยยังได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงของการเสพซ้ำ<sup>22,25-27</sup> ในขณะที่การศึกษาวิจัยในประเทศไทยได้รายงานปัจจัยทางสังคม (ปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อน และครอบครัว) มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติด<sup>28,29</sup> แม้ว่าหลักฐานจะแสดงให้เห็นว่าแรงงานเกษตรอาจใช้สารเสพติด แต่ความชุกของการใช้สารเสพติด และอิทธิพลของชุมชนยังไม่ชัดเจน

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อสำรวจสัดส่วนผู้ใช้ยาในกลุ่มแรงงานเกษตร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับชุมชนและการใช้สารเสพติดของแรงงานเกษตร โดยใช้การจำลองแบบจำลองตามวิธีการที่อธิบายไว้ โดย Bronfenbrenner<sup>30</sup>

## ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ ดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2562

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ลงทะเบียนเป็นแรงงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรในประเทศไทยจำนวน 5,911,567 คน<sup>31</sup> สสำรวจเฉพาะแรงงานไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการเกษตรในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากความชุกของสารเสพติดจากการสำรวจครัวเรือนแห่งชาติครั้งในปี พ.ศ. 2559<sup>3</sup> ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการสำรวจความชุก<sup>32</sup> กับ design effect จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คาดประมาณอัตราไม่ตอบกลับร้อยละ 10 และความคลาดเคลื่อน  $\pm 1\%$  ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 3,140 ราย เป็นการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกลุ่มหลายขั้นตอน โดยประเทศไทยถูกแบ่งชั้นออกเป็น 10 เขตภูมิศาสตร์ แต่ละเขตประกอบด้วย 7-12 จังหวัด สุ่มตัวอย่างจังหวัดออกเป็น

ระบบเขตละ 1 จังหวัด จากนั้นจึงทำแผนที่กลุ่มเกษตรกรรมของแต่ละจังหวัด สุ่มเลือกเพียงกลุ่มเดียวจากแต่ละจังหวัด คราวเรือนได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นระบบจากแผนที่ของกลุ่ม จำนวนคราวเรือนในแต่ละกลุ่มพิจารณาจากควมน่าจะเป็นตามสัดส่วนของขนาดกลุ่ม (รวม 3,140 คราวเรือน) ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยใช้ตารางเพื่อเก็บตัวอย่างตัวแทนจากแต่ละคราวเรือน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ความชุกของการใช้สารเสพติดในการศึกษานี้ นับเฉพาะสารเสพติด (ยาเสพติดให้โทษ สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ไม่ได้ใช้เพื่อการรักษาโรค เช่น เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า ฯลฯ) ไม่รวมสารถูกกฎหมาย เช่น แอลกอฮอล์ ยาสูบ และคาเฟอีน) ในบรรดา ยาเสพติดให้โทษทั้งหมด ยาบ้าถูกตั้งสมมติฐานว่าจะใช้กันอย่างแพร่หลายในหมู่แรงงานเกษตรเพื่อเร่งให้ทำงานได้มากขึ้น โดยเน้นการใช้สารในปีที่ผ่านมาและการใช้สารในเดือนที่ผ่านมา

แบบสอบถามสัมภาษณ์และแนวทางการสังเกตแบบมีโครงสร้างได้รับการพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญ 12 คน<sup>33</sup> แบบสอบถามสัมภาษณ์ประกอบด้วยตัวแปรระดับบุคคล ระดับบุคคล ระดับชุมชน และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แนวทางการสังเกตแบบมีโครงสร้างเน้นย้ำรูปแบบการใช้เมทแอมเฟตามีนและผลกระทบ

ผู้ช่วยวิจัยทั้งหมด 20 คน (สองคนสำหรับแต่ละจังหวัด ชายหนึ่งคน ผู้หญิงหนึ่ง

คน) ได้รับการฝึกอบรมให้ทำงานภาคสนาม (ปรับปรุงแผนที่กลุ่ม จัดทำกรอบการสุ่มตัวอย่างคราวเรือน สุ่มตัวอย่างตัวอย่าง การขอความยินยอม และการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง) ผู้ช่วยวิจัยได้ขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรสองสามวันเพื่อให้ผู้เข้าร่วมตัดสินใจได้เอง จากนั้นจึงนัดหมายสัมภาษณ์/สังเกตการณ์ ข้อมูลจากการสำรวจผ่านการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ผู้เข้าร่วมเลือกสถานที่และเวลาที่สะดวกสำหรับการสัมภาษณ์ (เช่น ครอบครัวยุติของผู้เข้าร่วม) การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาเฉลี่ย 1-1.5 ชั่วโมง ภายหลังจากสัมภาษณ์ เฉพาะผู้ใช้สารเสพติด ผู้ช่วยวิจัยได้ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรให้เข้าร่วมในการสังเกตผู้ใช้สารเสพติด มีการสังเกตเฉพาะผู้ที่ยินยอม เกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ยาเสพติด (เช่น เวลา วิธีการใช้ และปริมาณและความถี่ที่ใช้ และผลกระทบ) ที่มีการวิจัยได้ทำการสังเกตผู้เข้าร่วม (3-5 ครั้งสำหรับแต่ละตัวอย่าง, 1-2 วัน สำหรับการสังเกตแต่ละครั้ง)

ตัวแปรตาม คือ การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน หมายถึงการใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้งในเดือนที่ผ่านมา นับจากวันสัมภาษณ์

ตัวแปรระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน และสถานภาพการสมรส ตัวแปรทั้งหมดถูกจัดประเภทเป็นตัวแปรสองค่าตอบ

ตัวแปรระดับระหว่างบุคคล ประเมินเพื่อสะท้อนถึงอิทธิพลของเพื่อนร่วมงานของผู้ใช้สารเสพติด

ตัวแปรร่วมที่เป็นไปได้ถูกนำมาพิจารณาโดยการปรับตัวแปรระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล ตัวแปรเหล่านี้ได้รับการคัดเลือกจากหลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการใช้สารเสพติดและสภาพแวดล้อม<sup>21,22,24,26,29</sup>

ตัวแปรระดับชุมชนหนึ่งตัวแปร คือ อัตราการแพร่ระบาดของสารเสพติดในแต่ละจังหวัดที่สุ่มตัวอย่างได้ในปี พ.ศ. 2560 อัตราการแพร่ระบาดคิดจากการคาดประมาณสัดส่วนของประชากรที่ใช้สารเสพติดต่อประชากร 1,000 คน ในการสำรวจทั่วประเทศ การเข้าถึงบำบัดรักษาคิดเป็นสัดส่วนผู้ลงทะเบียนในสถานพยาบาลของทางราชการต่อประชากรในพื้นที่ที่กำหนด โดยคิดเป็นอัตราต่อประชากร 1,000 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเข้าข้อมูลแบบสองทวน (data double-entry) ใช้ SPSS เวอร์ชัน 16.0 โดยสถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ตัวแปรทางสังคมสิ่งแวดล้อมทั้งหมด การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกหลายระดับโดยใช้ตัวแบบ general liniea mixed model ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับชุมชน ตัวแปรร่วม และการใช้สารเสพติด

### จริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และดำเนินการตามหลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิและการประชุมนานาชาติว่าด้วยมาตรฐานการปฏิบัติทางคลินิกที่ดีในการประสานกลมกลืน ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมและจากผู้ปกครอง/ผู้ปกครองของผู้เยาว์

### ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจร่วมในการศึกษา 2,936 คน (คิดเป็นร้อยละ 93.5) ร้อยละ 61.3 เป็นเพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ถึง 69 ปี โดยเฉลี่ย 36.6 ปี (ร้อยละ 15.9 เป็นเยาวชน อายุไม่เกิน 24 ปี) ร้อยละ 47.7 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (ตารางที่ 1) หนึ่งในสามของแรงงานเกษตรมีฐานะยากจน

ร้อยละ 29.4 สูบบุหรี่และ 19.1% สูบบุหรี่เป็นประจำ (มากกว่า 20 วันในเดือนที่ผ่านมา) และ 17.9% สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน 48.7% ดื่มสุรา 30.4% เป็นคนดื่มประจำ และ 24.1% ดื่มเบียร์ >330 มล. หรือปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากันทุกครั้งที่ดื่ม (ซึ่งส่งผลให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด >50 มก./ดล.) เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด 57.7% ใช้ยารักษาโรคจิตแบบแผน ส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวด ยาแก้ไอผสมโคเดอีน ยาแก้ไอผสมประสาท

73.5% เคยใช้ยาเสพติดและ 13.9% ใช้ยาเสพติดในปัจจุบัน จำนวนนี้มากกว่าอัตรา 1.99 ต่อพันในประชากรทั่วไปมาก<sup>3</sup> ผู้ใช้สารเสพติดมีทั้งที่ทำงานประจำและรับจ้างเป็นครั้งคราว บางรายมีประวัติการรักษายาเสพติด

ในบรรดาผู้เสพยาเสพติด 408 ราย ปัจจุบัน 350 รายใช้ยาบ้า ส่วนที่เหลือใช้กระท่อม กัญชา สารระเหย อนุพันธ์ฝิ่น ยาไอเคตามีน และโคเคน ผู้ใช้ยาบ้า 1-3 ครั้งต่อวัน (ครั้งละ 1-6 เม็ด) ประมาณ 30 นาทีก่อน

เริ่มงานสำหรับการเสพครั้งแรกของวัน และทุก 5-6 ชั่วโมงเป็นตัวกระตุ้น ส่วนใหญ่นำเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีสูบ (วางยา 1 เม็ดลงบนกระดาษฟอยล์แล้วใช้ไฟแช็กเผาและหลอดดูดควัน) บางคนใส่ 1-2 เม็ดลงในน้ำดื่ม ผู้ใช้ยาได้รับรู้ผลดีจากการเสพ (มีพลัง ไม่เจ็บปวด เป็นต้น) 1-2 นาทีหลังสูบ หรือประมาณ 10 นาทีหลังดื่ม มีรายงานการเข้าบำบัดรักษาของแรงงานเหล่านี้ในระบบของรัฐเพียงเล็กน้อย

ตารางที่ 1 ตัวแปรอิสระและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

	รวม	ไม่ใช้	ยาเสพติด	ยาเสพติดและยารักษาโรคจิตแบบแผน	ยารักษาโรคจิตแบบแผน
	(n=2936)	(n=1207)	(n=34)	(n=374)	(n=1321)
เพศชาย	1817 (61.9)	807 (66.9)	30 (88.2)	211 (56.4)	769 (58.2)
เพศหญิง	1119 (38.1)	400 (33.1)	4 (11.8)	163 (43.6)	552 (41.8)
อายุ ≤24 ปี	467 (15.9)	220 (18.2)	7 (20.6)	61 (16.3)	179 (13.6)
อายุ ≥25 ปี	2469 (84.1)	987 (81.8)	27 (79.4)	313 (83.7)	1142 (86.4)
รายได้ ≤10,000 บาท	2026 (69.0)	873 (72.3)	23 (67.7)	316 (84.5)	814 (61.6)
รายได้ ≥มากกว่า 10,000บาท	910 (31.0)	334 (27.7)	11 (32.3)	58 (15.5)	507 (38.4)
ไม่เกินประถมศึกษา	1400 (47.7)	644 (53.4)	14 (41.2)	185 (49.5)	557 (42.2)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	1536 (52.3)	563 (46.6)	20 (58.8)	189 (50.5)	764 (57.8)
โสด	1136 (38.7)	505 (41.8)	16 (47.1)	165 (44.1)	450 (34.1)
สมรส	1800 (61.3)	702 (58.2)	18 (52.9)	209 (55.9)	871 (65.9)
จำนวนเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด	8.1+26.2	6.5+21.0	14.9+31.7	5.9+19.4	10.1+31.3
อัตราการบำบัดรักษาต่อประชากร 1,000 คน	2.8+0.6	2.7+0.5	2.7+0.4	3.5+0.5	2.7+0.5
คาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดต่อประชากร 1,000 คน	18.4+29.4	20.7+33.2	11.4+8.5	15.2+12.6	17.6+29.3
คาดประมาณจำนวนผู้ใช้ยาบ้าต่อประชากร 1,000 คน	5.5+5.3	5.8+5.6	4.0+4.7	5.6+2.5	5.3+5.6
จำนวน (%) หรือ ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน					

การใช้สารเสพติด (ตารางที่ 2) และการใช้ยาบ้า (ตารางที่ 3) อัตราการบำบัดรักษามีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอัตราการแพร่ระบาด ตารางที่ 2 พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเป็นความสัมพันธ์เพียงน้อยนิด

### ตัวแบบพหุระดับ

mOR ในทุกแบบจำลองมีค่ามากกว่า 1 ซึ่งบ่งชี้ว่าความผันแปรระหว่างคลัสเตอร์ในการใช้สารเสพติดมากกว่าการแปรผันภายในคลัสเตอร์ ตารางที่ 2 แสดงผลของแบบจำลองการถดถอย

ลอจิสติกแบบสองตัวเล็อกพหุระดับสำหรับการใช้สารเสพติด ในรูปแบบที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรระดับบุคคลกับการใช้สารเสพติด พบว่ามีความเป็นไปได้สูงที่จะมีการใช้สารเสพติดในเพศชาย อายุที่มากขึ้น และการใช้ยาผิดแบบแผน ในแบบจำลองที่ 2 การใช้ยาในกลุ่มเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์ ในแบบจำลองสุดท้าย (แบบจำลอง 3) ตัวแปรระดับคลัสเตอร์ 2 ตัว (กล่าวคือ ตัวแปรอัตราการรักษาและการแพร่ระบาด) ถูกเพิ่มลงในแบบจำลอง และคะแนน 1 หน่วย แต่คะแนนที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 12 เท่าอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 แบบจำลองตัวแปรและความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด

	OR (95%CI)	แบบจำลองที่ 1 aOR (95%CI)	แบบจำลองที่ 2 aOR (95%CI)	แบบจำลองที่ 3 aOR (95%CI)
เพศ, ชาย (ref: หญิง)	0.87 (0.70, 1.08)	5.36 (2.23, 12.89)***	5.37 (2.29, 12.60)***	5.40 (2.36, 12.37)***
อายุ ≥25 ปี (ref: ≤24 ปี)	1.07 (0.81, 1.41)	1.73 (1.19, 2.54)**	1.73 (1.19, 2.51)**	1.74 (1.20, 2.53)**
รายได้ ≤10,000 (ref: ≥10,000)	2.45 (1.87, 3.21)***	0.94 (0.70, 1.26)	0.94 (0.73, 1.20)	0.94 (0.74, 1.20)
การศึกษา, ประถม (ref: มัธยมขึ้นไป)	1.05 (0.85, 1.30)	0.96 (0.73, 1.26)	0.96 (0.73, 1.26)	0.95 (0.72, 1.26)
สถานภาพ, โสด (ref: สมรส)	1.37 (1.10, 1.69)*	1.40 (0.93, 2.10)	1.39 (0.95, 2.03)	1.39 (0.95, 2.03)
ใช้ยาผิดแบบแผน (ref: ไม่ใช่)	10.05 (7.02, 14.40)***	4.30 (2.03, 9.11)***	4.32 (1.95, 9.54)***	4.32 (1.96, 9.50)***
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				

ตารางที่ 2 แบบจำลองตัวแปรและความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด (ต่อ)

	OR (95%CI)	แบบจำลองที่ 1 aOR (95%CI)	แบบจำลองที่ 2 aOR (95%CI)	แบบจำลองที่ 3 aOR (95%CI)
เพื่อนใช้ยาเสพติด	1.004 (0.998, 1.009)		0.999 (0.981, 1.017)	0.999 (0.981, 1.017)
Level 2 ระดับชุมชน				
อัตราการบำบัดรักษา	0.034 (0.025, 0.045)***			12.74 (1.85, 87.97)*
อัตราการแพร่ระบาด	1.007 (1.002, 1.012)*			0.993 (0.984, 1.001)
Random effects				
Level 1 <sup>1</sup>		1	1	1
Level 2 <sup>2</sup>		4.24 (2.11)*	4.23 (2.10)*	2.31 (1.37)
Median OR (mOR)		7.13	7.11	4.26
IOR-80% for treatment				0.8108, 200.275
IOR-80% for estimation				0.063, 15.606
IOR, interval OR. <sup>1</sup> Variance at level 1 was constrained to 1. <sup>2</sup> Estimated standard error. *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001				

ความเป็นไปได้ของการใช้สารเสพติด ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่ามีการใช้ยาบ้าเพื่อเร่งการทำงาน มีการใช้แบบจำลองที่คล้ายคลึงกัน ในตารางที่ 3 ในแบบจำลองที่ 1 และ 2 ผู้ตอบแบบสำรวจที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะใช้ยาบ้ามากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่อายุน้อยกว่า การใช้ยาบ้าของผู้ชายและยาผิดแบบแผนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความน่าจะเป็นของการใช้ยาบ้าที่เพิ่มขึ้นสูงสุดท้าย ในรูปแบบที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ที่

คล้ายคลึงกันระหว่างตัวแปรส่วนบุคคลและตัวแปรระดับระหว่างบุคคลกับการใช้ยาบ้าตามแบบจำลองที่ 2 ในแบบจำลองสุดท้าย (แบบจำลอง 3) ตัวแปรระดับคลัสเตอร์ 2 ตัวกล่าวคือ อัตราการรักษาและการแพร่ระบาดถูกเพิ่มเข้าไปในแบบจำลองอีกครั้ง และการเพิ่มขึ้นของอัตราการรักษา 1 หน่วยแต่ละครั้งสัมพันธ์กับความเป็นไปได้ในการใช้ยาบ้าเพิ่มขึ้น 15 เท่าอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 แบบจำลองตัวแปรและความสัมพันธ์กับการใช้ยาบ้า

	OR (95%CI)	แบบจำลองที่ 1 aOR (95%CI)	แบบจำลองที่ 2 aOR (95%CI)	แบบจำลองที่ 3 aOR (95%CI)
เพศ, ชาย (ref: หญิง)	0.71 (0.57, 0.89)**	5.26 (1.87, 14.77)**	5.28 (1.87, 14.93)**	5.34 (1.96, 14.50)**
อายุ ≥25 ปี (ref: ≤24 ปี)	1.06 (0.78, 1.43)	1.96 (1.13, 3.42)*	1.96 (1.13, 3.40)*	1.98 (1.14, 3.49)*
รายได้ ≤10,000 (ref: ≥10,000)	3.41 (2.47, 4.71)***	1.10 (0.72, 1.68)	1.11 (0.72, 1.69)	1.10 (0.73, 1.67)
การศึกษา, ประถม (ref: มัธยมขึ้นไป)	1.19 (0.95, 1.48)	1.11 (0.83, 1.49)	1.11 (0.83, 1.49)	1.11 (0.83, 1.50)
สถานภาพ, โสด (ref: สมรส)	1.27 1.01, 1.60)*	1.20 (0.67, 2.14)	1.20 (0.67, 2.14)	1.20 (0.67, 2.14)
ใช้ยาผิดแบบแผน (ref: ไม่ใช้)	12.66 (8.24, 19.46)***	4.33 (1.64, 11.40)**	4.33 (1.64, 11.39)**	4.33 (1.65, 11.34)**
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
เพื่อนใช้ยาเสพติด	1.001 (0.986, 1.016)		1.003 (0.996, 1.009)	1.003 (0.997, 1.009)
Level 2 ระดับชุมชน				
อัตราการบำบัดรักษา	0.01 (0.01, 0.02)***			15.34 (1.24, 190.32)*
อัตราการแพร่ระบาด	0.99 (0.97, 1.01)			0.99 (0.80, 1.24)
Random effects				
LEVEL 1		1	1	1
LEVEL2		4.98 (2.49)*	4.98 (2.49)*	3.05 (1.85)
MEDIAN OR (mOR)		8.4	8.4	5.29
IOR-80% for treatment				0.647, 363.333
IOR-80% for MethEpidemic				0.0421, 23.673
IOR, interval OR. <sup>1</sup> Variance at level 1 was constrained to 1. <sup>2</sup> Estimated standard error. *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001				

## วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของการใช้สารเสพติดในหมู่แรงงานเกษตร การศึกษานี้พบว่า ความชุกของการเสพสารในเดือนที่ผ่านมาสูงกว่าความชุกในประชากรไทยทั่วไปมาก โดยเฉพาะในการใช้ยาบ้า<sup>3,9</sup> ความแตกต่างของความชุกนี้บ่งชี้ว่าคนงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรใช้ยากระตุ้นเพื่อเพิ่มผลผลิต ซึ่งอาจทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น การตรวจสอบล่าสุดแสดงให้เห็นว่ายาเสพติดได้แพร่กระจายไปยังคนงานประจำและถูกจ้างตามสัญญา ซึ่งบ่งชี้ว่ายาเสพติดสามารถเข้าถึงได้ง่ายและราคาไม่แพง ดังนั้นการใช้ยาเพื่อเสริมการทำงานจึงเป็นที่ยอมรับของแรงงานเกษตร

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาในชุมชน เช่น ปัญหาสุขภาพ (อัตราการเข้าถึงการรักษา) มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ๆ<sup>23,33,34</sup> เนื่องจากชุมชนที่มีความชุกของการใช้ยาเสพติด สะท้อนถึงความพร้อมของยาเสพติดและความยากง่ายในการเข้าถึง อีกทั้งยาบ้าเป็นยาเสพติดที่คนไทยนิยมใช้ จึงเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อแรงงานทั่วทั้งชุมชนให้ใช้สารเสพติด ตัวแปรร่วม เช่น เพศ อายุ และการใช้ยาฉีดแบบแผน สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด และการใช้ยาบ้า การค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ๆ<sup>21,35-37</sup>

การศึกษานี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง ดังนั้นจึงไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์ตาม

ระยะเวลาอย่างชัดเจนหรือความเป็นเหตุเป็นผลได้ อย่างไรก็ตาม จุดแข็งของการศึกษาคือ การใช้อัตราการรักษาเป็นปัจจัยระดับคลัสเตอร์ (ทำให้สามารถประเมินตามวัตถุประสงค์ได้) ให้ความน่าเชื่อถือมากกว่าการประเมินแบบอัตโนมัติในการศึกษาก่อนหน้า<sup>38,39</sup> จุดแข็งของการศึกษาอีกประการหนึ่ง คือ การควบคุมสำหรับตัวแปรร่วมที่หลากหลาย และใช้ขนาดตัวอย่างขนาดใหญ่และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ ซึ่งหมายความว่าโดยทั่วไปข้อค้นพบนี้สามารถนำไปใช้กับประชากรไทยจำนวนมากขึ้นได้ การศึกษานี้ไม่เพียงแต่ให้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบระดับคลัสเตอร์ต่อการใช้สารเสพติด แต่ยังอธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่รับให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของคลัสเตอร์ในการเกษตรในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม อาจจำเป็นต้องมีการศึกษาในอนาคตเพื่อตรวจสอบเพิ่มเติม

## ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของลักษณะส่วนบุคคลของคนงานที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรและการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า นอกจากนี้ ปัจจัยระดับคลัสเตอร์ (อัตราการรักษา) ยังมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การศึกษานี้ประสบความสำเร็จในการรวบรวมข้อมูลที่มีอัตราการตอบกลับสูง ผลการศึกษานี้ยังสามารถประยุกต์ใช้กับบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกันได้ ผู้เขียนเสนอแนะให้มีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเชื่อของกลุ่มเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเพื่อการทำงาน

ผลการวิจัยชี้ว่า การพัฒนามาตรการป้องกันการใช้สารเสพติด ควรคำนึงถึงสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมตามพื้นที่ เพื่อลดอุปสงค์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2018** [online] 2018 [cited 2022 March 24]. Available from: [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_1\\_EXSUM.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf)
2. Kanato M, Leyatikul P, Choomwattana C, Sarasiri R, Rahmah HJHS, Boumony K, et al. eds. **ASEAN Drug Monitoring Report 2016** [online] 2017 [cited 2022 May 24]. Available from: <https://asean.org/wp-content/uploads/2016/10/Doc6-ADM-Report-2016-as-of-15-November-2017-FINAL.pdf>.

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดได้รับผลกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ ในระดับบุคคล การศึกษานี้พบว่าปัจจัยระดับชุมชนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การศึกษานี้ได้รับทุนจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ขอขอบคุณเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี

3. Kanato M, Aramrattana A, Asnangkornchai S, Perngpam U, Charoenrat S, Kannikar N, et al. **National household survey on substance use 2016**. Bangkok: The Office of Narcotic Control Board; 2016. [in Thai].
4. ONCB. **Drug Situation 2559**. Bangkok: The Office of Narcotic Control Board; 2017. [in Thai].
5. Office of the Prime Minister. **The Prime Minister Order No. 119/2544**. Bangkok: Office of the Prime Minister; 2001. [in Thai].

6. Department of Art. **The first Thai enacted law.** Bangkok: Department of Art; 1978. [in Thai].
7. Poshyachinda V. **Heroin in Thailand. The 4<sup>th</sup> Anniversary of the Office of the Narcotics Control Board.** Bangkok: Office of the Prime Minister; 1980. 56-87. [in Thai].
8. Poshyachinda V, Phittayanon P, Simasatitkul V, Perngparn U. **Stimulant use, abuse and dependence in Thailand.** Alcohol and drugs perspectives, prevention and control-Asia Pacific region. Sri Lanka: Alcohol and Drug Information Centre; 1998. 77-106.
9. Wonguppa R, Kanato M. The prevalence and associated factors of new psychoactive substance use: A 2016 Thailand national household survey. **Addict Behav Rep** 2018; 7: 111-115.
10. ONCB. **Drug Situation 2560.** Bangkok: The Office of Narcotic Control Board; 2018. [in Thai].
11. Koelega HS. Stimulant drugs and vigilance performance: a review. **Psychopharmacology** 1993; 111(1): 1-16.
12. Hart CL, Haney M, Nasser J, Foltin RW. Combined effects of methamphetamine and zolpidem on performance and mood during simulated night shift work. **Pharmacol Biochem Behav** 2005; 81(3): 559-568.
13. WHO. **Amphetamine-type stimulants: a report from the WHO meeting on amphetamines, MDMA and other psychostimulants, Geneva, 12- 15 November 1996** [online] 1997 [cited 2022 May 24] . Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/amphetamine-type-stimulants-a-report-from-the-who-meeting-on-amphetamines-mdma-and-other-psychostimulants>.
14. Kanato M, Choomwattana C, Sarasiri R, Leyatikul P. **Asean Drug Monitoring Report 2017.** [online] 2018 [cited 2022 May 20] . Available from: [// asean.org/wp-content/uploads/ 2016/ 10/ Doc- 3- ADM- Report- 2017- as- of- 16-Aug18-FINAL.pdf](https://asean.org/wp-content/uploads/2016/10/Doc-3-ADM-Report-2017-as-of-16-Aug18-FINAL.pdf).
15. UNDCP. **AMPHETAMINE- TYPE STIMULANTS A GLOBAL REVIEW. United Nations International Drug Control Programme** [online] 1996 [cited 2022 May 24] . Available from:

- // [www.unodc.org/pdf/technical\\_series\\_1996-01-01\\_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/technical_series_1996-01-01_1.pdf).
16. Ounjai S, Kanato M, Joking P. The Proportion of Polysubstance Used among Drug Treatment Patients at Thanyarak Udonthani Hospital. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2017; 5(3): 417-434.
17. The World Bank. **Agriculture, forestry, and fishing, value added (% of GDP)**. [online] 2021 [cited 2022 May 24]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/NV.AGR.TOTL.ZS>.
18. National Statistical Office. **Labor Force Survey in Thailand May 2018**. [online] 2018 [cited 2022 May 18]. Available from: [http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/labour/LaborForce/2018/May\\_2018.pdf](http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/labour/LaborForce/2018/May_2018.pdf).
19. Bletzer KV. New drug use among agricultural workers. **Substance use & misuse** 2014; 49(8): 956-967.
20. Michalopoulos LTM, Baca-Atlas SN, Simona SJ, Jiwatram- Negrón T, Ncube A, Chery MB. "Life at the River is a Living Hell:" a qualitative study of trauma, mental health, substance use and HIV risk behavior among female fish traders from the Kafue Flatlands in Zambia. **BMC women's health** 2017; 17(1): 1-15.
21. Rodriguez N, Katz C, Webb VJ, Schaefer DR. Examining the impact of individual, community, and market factors on methamphetamine use: A tale of two cities. **Journal of Drug Issues** 2005; 35(4): 665-693.
22. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. **Epidemiologic reviews** 2004; 26(1): 36-52.
23. Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. A multilevel analysis of neighborhood context and youth alcohol and drug problems. **Prevention Science** 2002; 3(2): 125-133.
24. Embry D, Hankins M, Biglan A, Boles S. Behavioral and social correlates of methamphetamine use in a population-based sample of early and later adolescents. **Addictive behaviors** 2009; 34(4): 343-351.
25. Shareck M, Ellaway A. Neighbourhood crime and smoking: the role of objective and perceived crime measures. **BMC Public Health** 2011; 11(1): 1-10.
26. Theall KP, Sterk CE, Elifson KW. Perceived neighborhood fear and

- drug use among young adults. **American journal of health behavior** 2009; 33(4): 353-365.
27. Patterson JM, Eberly LE, Ding Y, Hargreaves M. Associations of smoking prevalence with individual and area level social cohesion. **Journal of Epidemiology & Community Health** 2004; 58(8): 692-697.
28. Kunarak K. **The development of a recidivism prevention on drug users model: a case study of the juvenile observation and protection department.** [A Thesis of Philosophy program in development education]. The Graduate School, Silpakorn University; 2012.
29. Cheng Y, Sherman SG, Srirat N, Vongchak T, Kawichai S, Jittiwutikarn J, et al. Risk factors associated with injection initiation among drug users in Northern Thailand. **Harm Reduction Journal** 2006; 3(1): 1-8.
30. Bronfenbrenner U. **Ecological models of human development.** **International Encyclopedia of Education.** (2<sup>nd</sup> Ed., Vol. 3, pp. 1643– 1647). Oxford, England: Pergamon Press. Oxford: Elsevier; 1994
31. National Assembly Library of Thailand. **Labour Statistics Yearbook** 2017. [online] 2017 [cited 2022 June 22]. Available from: //search-library.parliament.go.th/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber= 95450&shelf\_browse\_itemnumber=120292.
32. Naing L, Winn TBNR, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. **Archives of orofacial Sciences** 2006; 1: 9-14.
33. Tucker JS, Pollard MS, de la Haye K, Kennedy DP, Green Jr HD. Neighborhood characteristics and the initiation of marijuana use and binge drinking. **Drug and alcohol dependence** 2013; 128(1-2): 83-89.
34. De Haan L, Boljevac T, Schaefer K. Rural community characteristics, economic hardship, and peer and parental influences in early adolescent alcohol use. **The Journal of early adolescence** 2010; 30( 5) : 629-650.
35. Tomori C, Go VF, Huong NM, Binh NT, Zelaya CE, Celentano DD, et al. “In their perception we are addicts” : Social vulnerabilities and sources of support for men released from drug treatment centers in Vietnam.

- International Journal of Drug Policy** 2014; 25(5): 897-904
36. Mennis J, Stahler GJ, Mason MJ. Risky substance use environments and addiction: a new frontier for environmental justice research. **International journal of environmental research and public health** 2016; 13(6): 1-16
37. Silins E, Fergusson DM, Patton GC, Horwood LJ, Olsson CA, Hutchinson DM, et al. Adolescent substance use and educational attainment: an integrative data analysis comparing cannabis and alcohol from three Australasian cohorts. **Drug and alcohol dependence** 2015; 156: 90-96.
38. Hadley-Ives E, Stiffman AR, Elze D, Johnson SD, Dore P. Measuring neighborhood and school environments perceptual and aggregate approaches. **Journal of Human Behavior in the Social Environment** 2000; 3(1): 1-28.
39. Yangyuen S, Kanato M, Mahaweerawat U. Associations of the neighborhood environment with substance use: a cross-sectional investigation among patients in compulsory drug detention centers in Thailand. **Journal of Preventive Medicine and Public Health** 2018; 51(1): 23-32.

# พฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน อาการผิดปกติ และความรุนแรงในครอบครัว

ณัฐกฤตา ทุมวงศ์\*

## บทคัดย่อ

เมทแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติด ซึ่งก่อให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจผู้เสพ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและเศรษฐกิจสังคมอย่างมาก ประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดโทษผู้ค้าผู้เสพ แต่ขณะเดียวกันก็มีมาตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพ และความรุนแรงในครอบครัว ออกแบบเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้เสพ 1,969 คน จากทุกภูมิภาคของประเทศไทย เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคว์สแควร์ สมการถดถอยโลจิสติก อัตราเสี่ยงและช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.4 มีอาการผิดปกติจากการเสพยาเมทแอมเฟตามีน และร้อยละ 24.9 เคยมีประสบการณ์กระทำความรุนแรงในครอบครัว ผู้เสพที่อายุน้อยกว่ามีโอกาสพบทั้งอาการผิดปกติและกระทำความรุนแรงมากกว่า อาการผิดปกติมีความสัมพันธ์กับอายุและระยะเวลาที่เสพอาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทดสอบทางสถิติแสดงให้เห็นว่าคนโสดและผู้เสพวันละครั้งที่มีความเสี่ยงต่ำกว่า คนว่างงาน และอายุน้อยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** เมทแอมเฟตามีน, พฤติกรรมเสพยาเสพติด, อาการผิดปกติ, ความรุนแรงในครอบครัว

---

\*สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

Corresponding author: Natkrita Thumwong Email: wwanjai@hotmail.com

Received 10/07/2022

Revised 10/08/2022

Accepted 12/09/2022

## METHAMPHETAMINE USE BEHAVIOR, ABNORMAL SYMPTOMS, AND DOMESTIC VIOLENCE

*Natkritta Thumwong\**

### ABSTRACT

Methamphetamine is a narcotic drug that causes physical and mental effects and significantly affects the family and socioeconomic. Thailand has imposed penalties on drug traffickers while offering treatment and rehabilitation to drug users. This study explores the behavior of methamphetamine use related to abnormal physical and mental symptoms among methamphetamine users and domestic violence. The research design was a cross-sectional study of 1,969 methamphetamine users throughout Thailand. Data were collected through a structured interview. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, multiple logistic regression, odd ratio, and 95% confidence interval.

The results showed that 70.4% of the sample had methamphetamine-related symptoms, and 24.9% had experienced domestic violence. Younger users are more likely to experience both abnormal symptoms and violence. Abnormal symptoms were statistically related to age and duration of use. Statistical tests showed that singles and once-daily usage were at lower risk. The unemployed and younger are at increased risk.

**Keywords:** methamphetamine, drug use behavior, abnormal symptoms, domestic violence

---

\*Kalasin Provincial Public Health Office

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ได้รับ ความนิยมในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดทั่วโลก เมทแอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยทั่วไปนำเข้าสู่ร่างกาย ด้วยการสูบควัน สูดดม ฉีด หรือรับประทาน<sup>1</sup> ถูกนำมาใช้เพื่อลดน้ำหนัก เพิ่มความตื่นตัว สร้างความมั่นใจและผ่อนคลายเพื่อเสริม ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ดังนั้น ผู้ใช้จะรับรู้ถึง ผลลัพธ์ที่เอื้อต่อการทำงานและอาจเพิ่ม ประสิทธิภาพบางประการที่เกี่ยวข้องกับ กิจกรรมบางชนิด<sup>2</sup> อย่างไรก็ตามเมทแอมเฟตามีนมีผลเสียทั้งต่อสุขภาพร่างกายและ จิตใจของผู้เสพและครอบครัว

ในปี พ.ศ. 2559 คาดประมาณว่าผู้คน ทั่วโลกใช้เมทแอมเฟตามีน 34.2 ล้านคน<sup>3</sup> ในช่วงเวลาเดียวกันคาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง 1.4 ล้านคน และ ใช้เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า และ ไอซ์) 0.48 ล้านคน (34.1%)<sup>4</sup> ประเทศไทย ประสบปัญหาการไหลบ่าเข้ามาของเมทแอมเฟตามีนสูง โดยเฉพาะยาบ้า ห้องปฏิบัติการ ตรวจพิสูจน์ของสำนักงานคณะกรรมการ ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบว่าเม็ดยาบ้า ส่วนใหญ่ประกอบด้วยเมทแอมเฟตามีนบริสุทธิ์ร้อยละ 15-25 และ คาเฟอีนร้อยละ 60-80 โดยน้ำหนัก<sup>5</sup> และยัง พบว่ามีสารอื่นในเม็ดยาบ้า เช่น อีเฟดรีน แอมเฟตามีน เฟนเทอร์มิน ไดเมทิลแอมเฟตามีน

คลอเฟนิรามีนมาเลเอต และอีโอฟิลลีน เป็นต้น<sup>6</sup> ดังนั้น องค์ประกอบของเม็ดยาบ้า และผลต่อผู้เสพก็จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ ส่วนผสมของสารต่าง ๆ ในเม็ดยาตามสูตร ของผู้ผลิต

เป็นที่ทราบกันดีว่าการใช้ยาเมทแอมเฟตามีนก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ต่อร่างกาย และจิตใจ<sup>7</sup> ผลกระทบที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน จากพฤติกรรมของผู้เสพโดยตรง เช่น ก้าวร้าว เพิ่มขึ้น การยับยั้งชั่งใจน้อยลง และหงุดหงิด ง่าย<sup>8,9</sup> ส่วนอาการทางจิตที่ชัดเจน เช่น หวาดระแวง/หลงผิดและภาพหลอน<sup>10-13</sup> อาการทางกายที่ชัดเจน เช่น อัตราการเต้น ของหัวใจเพิ่มขึ้น และกล้ามเนื้อเกร็ง<sup>14-16</sup> การใช้เมทแอมเฟตามีนเกินขนาดเป็นสาเหตุหลัก ของการเสียชีวิต<sup>17</sup> สาเหตุอื่น ๆ ทางอ้อมจากการใช้เมทแอมเฟตามีน รวมถึงการเสียชีวิตที่ เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบนิดซี ซึ่งอาจติดต่อถึงกันได้ด้วยการเสพเมทแอมเฟตามีนด้วยวิธีฉีดด้วยอุปกรณ์ที่ไม่สะอาด รายงานยาเสพติดของสหประชาชาติพบว่า ประชากรโลก 1.2% เจ็บป่วยจากการใช้ แอมเฟตามีน<sup>18</sup>

การเสพเมทแอมเฟตามีนอาจส่งผลให้ เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขั้นรุนแรงได้<sup>8</sup> อาจ กระตุ้นให้ผู้เสพทำอันตรายต่อตนเองและ ผู้อื่นได้ ความรุนแรงเหล่านี้มักพบใน ครอบครัวของผู้เสพหรือบุคคลใกล้ชิด โดย แสดงออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งพฤติกรรม ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความรุนแรง<sup>19</sup>

นอกจากนี้ ยังพบว่าพฤติกรรมเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยอื่นต่าง ๆ มากมาย<sup>20</sup> ในประเทศไทยพบว่าผู้หญิงไทย 1 ใน 6 คน ต้องเผชิญกับพฤติกรรมความรุนแรงที่มาจากการใช้ยาเสพติดของสมาชิกภายในครอบครัวหรือคู่อชีวิต<sup>21</sup>

นโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดมักมีงบประมาณสูงเพราะต้องดำเนินการสร้างความเปลี่ยนแปลงในแง่มุมต่าง ๆ ของสังคม ในปี พ.ศ. 2560 รัฐบาลไทยได้จัดสรรงบประมาณกว่า 5 พันล้านบาทเพื่อนำไปใช้ในการจัดการแก้ปัญหายาเสพติด<sup>22</sup> อย่างไรก็ตาม รัฐบาลไทยได้ประกาศให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติที่มีลำดับความสำคัญมานานกว่า 20 ปี<sup>23</sup> พบ. ยาเสพติดให้โทษกำหนดให้การค้ายาเสพติดมีโทษสูงสุดประหารชีวิต ส่วนการเสพยาเสพติดมีโทษจำคุก อย่างไรก็ตาม คณะปฏิวัติได้ออกคำสั่งให้ชะลอการลงโทษแก่ผู้เสพที่ประสงค์จะเข้ารับการรักษา<sup>24</sup> ในปี พ.ศ. 2559 ผู้ที่เข้ารับการรักษา มากกว่า 80% เป็นผู้เสพเมทแอมเฟตามีน<sup>4</sup> โดย > 20% เป็นผู้เสพซ้ำ

ในประเทศไทยผู้เสพเมทแอมเฟตามีนสามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้โดยง่ายจากระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ อย่างไรก็ตาม มีผู้เสบบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้และบางส่วนต้องเข้าสู่ระบบต้องโทษอันเนื่องมาจากการเสพยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าการ

ศึกษาวิจัยในอดีตไม่พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติ และความรุนแรงในครอบครัวจากการเสพยาเมทแอมเฟตามีน และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การศึกษาผลกระทบจากการเสพยาเมทแอมเฟตามีน อาการทางจิตใจ และร่างกาย และความรุนแรงในครอบครัว จะเกิดประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย การพัฒนาการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยลดผลกระทบทางสังคมและจิตใจของการใช้เมทแอมเฟตามีนในประเทศไทย

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจจากการใช้เมทแอมเฟตามีน และความรุนแรงในครอบครัว

### ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้เป็นแบบการสำรวจภาคตัดขวาง

ประชากรเป็นผู้เสพยาเสพติดที่ถูกจับกุมโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ ถูกส่งตรวจปัสสาวะและได้ผลบวกสำหรับสารแอมเฟตามีน และถูกส่งให้เข้ารับการรักษา

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้เข้ารับบำบัดที่เป็นคนไทย มีชื่อปรากฏตามทะเบียนราษฎร อายุ 15 ถึง 64 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ไม่สมัครใจร่วมในการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง<sup>25</sup> คำนวณภายใต้ช่วงความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน 0.05 สัดส่วน 0.4 ขนาดของประชากร 200,000 ราย (คาดประมาณการจากรายงานของผู้ใช้ยาบ้าอายุ 15 ถึง 64 ปี ที่เข้ารับการบำบัดในปี พ.ศ. 2560<sup>26</sup> design effect 5.0 และจำนวน 8 clusters

การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบ multistages sampling

1. การเลือกพื้นที่ระดับความเสี่ยงอันตรายจากการเสพเมทแอมเฟตามีนสูง (มีผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ร้อยละ 3 ขึ้นไป และมีผู้ใช้ยาเสพติดกลุ่มสารกระตุ้นแอมเฟตามีนร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น ร้อยละ 6 ขึ้นไป) ได้พื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน เพชรบุรี สระแก้ว นครนายก พังงา ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ และหนองบัวลำภู

2. การสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster sampling ได้ค่ายบำบัดยาเสพติด 34 ค่าย ใน 8 จังหวัด ได้ขนาดตัวอย่าง 2,400 ราย

### **เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล**

ตัวแปรหลักสำหรับการศึกษานี้คือ อาการผิดปกติและความรุนแรงในครอบครัว อาการผิดปกติเป็นการแสดงผลลัพธ์จากการเสพเมทแอมเฟตามีนทางพฤติกรรมโดยตรงและอาการทางจิตใจและร่างกาย<sup>27</sup> ความรุนแรงในครอบครัวเป็นการแสดงความรุนแรงทางจิตใจ ความรุนแรงทางร่างกาย และความรุนแรงทางเพศ

เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ปรับปรุงจากรายงานคณะกรรมการยาจากรัฐบาลสหพันธรัฐเยอรมัน<sup>27</sup> และรายงานสถาบันวิจัยยาแห่งชาติของสถาบันอาชีววิทยาแห่งออสเตรเลีย<sup>28</sup> แบบสอบถามประกอบด้วยลักษณะทางประชากร 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส สถานะการจ้างงาน และการศึกษา (ระหว่างระดับประถมศึกษาและสูงกว่า รวมทั้งระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและมหาวิทยาลัย) พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด 4 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาการใช้ ความถี่ต่อวัน ปริมาณสารที่เสพต่อสัปดาห์ และการเสพร่วมกับสารชนิดอื่น ๆ (polydrug) คำถาม 17 ข้อ เกี่ยวกับอาการผิดปกติและความรุนแรง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวโดยผู้วิจัยในพื้นที่เฉพาะในสถานบำบัดรักษา การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลนำเข้าแบบสอบถาม (double entry) ผ่านการตรวจสอบยืนยันสองครั้งเพื่อความถูกต้องของข้อมูล การแก้ไขโดยพิจารณาจากค่าที่หายไป ค่าผิดปกติ และค่านอกช่วง ใช้โปรแกรม SPSS 16.0 (ลิขสิทธิ์เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ในการวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ การกระจาย ค่ากลาง การทดสอบโค้งปกติด้วย Kolmogorov-Smirnov

ไควร์สแควร์ การทดสอบโลจิสติกพหุคูณ อัตราเสี่ยง และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95

### จริยธรรม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อนุมัติงานวิจัยนี้ รับรองโครงการว่าสอดคล้องกับหลักการวิจัยทางจริยธรรมหลายประการ รวมถึงปฏิญญาเฮลซิงกิ

### ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างสมัครใจร่วมในการศึกษาครั้งนี้ 1,969 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอาชีพมากกว่า 75% กลุ่มตัวอย่าง 55.2% อายุต่ำกว่า 24 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 26.21 ปี (ต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 61 ปี SD = 8.16) การทดสอบ chi square แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลาการใช้ ความถี่ต่อวัน การใช้ยาหลายชนิด และปริมาณยาที่เสพ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเสพเมทแอมเฟตามีนกับกลุ่มอายุ

		รวม	อายุไม่เกิน 24 ปี	25 ปีขึ้นไป	$\chi^2$	p
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
ช่วงเวลาที่ใช้	≤ 1 ปี	736 (37.40)	568 (52.30)	168 (19.00)	229.374	< .001***
	> 1 ปี	1,233 (62.60)	519 (47.70)	714 (81.00)		
ความถี่/วัน	1 ครั้ง	1,165 (59.20)	599 (55.10)	566 (64.20)	16.567	< .001***
	มากกว่า	804 (40.80)	488 (44.90)	316 (35.80)		
ปริมาณที่เสพ/ <sup>a</sup> สัปดาห์	≤ 125 มก.	1,097 (55.70)	581 (53.40)	516 (58.50)	5.04	.025*
	> 125 มก.	872 (44.30)	506 (46.60)	366 (44.80)		
การใช้สารร่วมหลายชนิด	ไม่ใช้	1,888 (95.90)	1,030 (94.80)	858 (97.30)	7.856	.005**
	ใช้	81 (4.10)	57 (5.20)	24 (2.70)		

\*\*\*p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

<sup>a</sup> ปริมาณสารเมทแอมเฟตามีนบริสุทธิ์ ยาบ้า 1 เม็ด 25 มก.<sup>6</sup>

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (70.4%) แสดงอาการผิดปกติบางอย่างอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่เป็นผลกระทบทางพฤติกรรมโดยตรง การทดสอบ  $\chi^2$  ระหว่างระยะเวลาที่ใช้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในอาการหงุดหงิด (P<0.001) วิจาณญาณ

ลดลง หุนหันพลันแล่น (P<0.01) ปฏิกริยาตอบโต้ทางสังคม การยับยั้งชั่งใจในทางเพศ และก้าวร้าว (P<0.05) อาการทางจิตวิทยา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างระยะเวลาที่ใช้กับอารมณ์แปรปรวนและมีพฤติกรรมก้าวร้าว (P <0.001) และอาการ

ทางจิตเฉียบพลัน (P <0.01) สำหรับอาการทางร่างกายมีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติระหว่างระยะเวลาที่เสพและอาการผิดปกติแสดงไว้ในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างอาการผิดปกติกับระยะเวลาที่เสพ

อาการผิดปกติ	รวม	เสพนาน ≤ 1ปี	เสพนาน > 1ปี	χ <sup>2</sup>	p
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
<b>ผลกระทบทางพฤติกรรมโดยตรง</b>					
ปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคมเพิ่มขึ้น	1,318 (66.90)	509 (38.6)	809 (61.4)	2.618	.106*
ความยับยั้งชั่งใจลดลง	1,284 (65.20)	498 (38.80)	786 (61.20)	3.116	0.078
ความมีวิจาร์ณญาณลดลง	1,325 (67.30)	525 (39.60)	800 (60.40)	8.709	.003**
การยับยั้งชั่งใจในทางเพศลดลง	882 (44.80)	50(48.10)	54 (51.90)	5.368	.021*
หงุดหงิด	1,350 (68.60)	541 (40.10)	805 (59.90)	13.322	< .001***
ก้าวร้าว	103 (5.20)	48 (46.60)	55 (53.40)	3.949	.047*
หุนหันพลันแล่น	1,319 (67.00)	523 (39.70)	796	8.81	.003**
<b>กลุ่มอาการทางจิต</b>					
มึนงง สับสน	67 (3.40)	27 (40.30)	40 (59.70)	0.253	0.615
อารมณ์แปรปรวนและมีพฤติกรรมก้าวร้าว	1,299 (66.00)	523 (40.30)	776 (59.70)	13.55	< .001***
มีอาการทางจิตเฉียบพลัน	1,302 (66.10)	519 (39.90)	783 (60.10)	10.118	.001**
มีภาพหลอน	78 (4.00)	30 (38.50)	48 (64.50)	0.041	0.84
หลงผิด	71 (3.60)	29 (40.80)	42 (59.20)	0.378	0.539
หวาดกลัว	65 (3.30)	25 (38.50)	40 (64.50)	0.034	0.854
<b>กลุ่มอาการทางร่างกาย</b>					
อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น	1,386 (70.40)	551 (39.80)	835 (60.20)	11.283	.001**
เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ	1,365 (69.30)	545 (39.90)	820 (60.10)	12.336	< .001***
เหงื่อออกมากขึ้น	1,363 (69.20)	584 (40.20)	815 (59.80)	15.11	< .001***
ร้อนวูบวาบ	1,354 (68.80)	543 (40.10)	811 (59.90)	13.742	< .001***

\*\*\* p < .001, \*\*p < .01, \* p < .05

นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่อายุน้อยเสี่ยงที่จะมีความผิดปกติ (AOR = 1.358; 95% CI, 1.090-1.692; P<0.01) ระยะเวลาที่เสพต่ำกว่า 1 ปี (AOR=1.263; 95% CI, 1.013-

1.575; P<0.05) โดยสรุป ผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่อายุน้อยมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการผิดปกติ (13%) เช่นเดียวกับผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่มีระยะเวลาที่เสพต่ำกว่า 1 ปี อายุน้อยที่มีระยะเวลาการใช้งานสูงสุด 1 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการผิดปกติ (12%)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

		อาการผิดปกติ			COR (95%CI)	AOR (95%CI)
		รวม	มี	ไม่มี		
		จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
เพศ	ชาย	1,954 (99.20)	1,381 (99.40)	573 (99.00)	1.607	1.636
	หญิง	15 (0.80)	9 (0.60)	6 (1.00)		
อายุ	ไม่เกิน 24 ปี	1,087 (55.20)	806 (58.00)	281 (48.50)	1.464***	1.358* *
	25 ปีขึ้นไป	882 (44.80)	584 (42.00)	298 (51.50)		
สถานภาพ	โสด	1,211 (61.50)	867 (62.40)	344 (59.40)	0.883	0.978
	สมรส	758 (38.50)	523 (37.60)	235 (40.60)		
การศึกษา	ประถมศึกษา	716 (36.40)	512 (36.80)	204 (35.20)	1.072	1.075
	มัธยมขึ้นไป	1,253 (63.60)	878 (63.20)	375 (64.80)		
อาชีพ	ว่างงาน	489 (24.80)	359 (25.80)	130 (22.50)	1.203	1.094
	มีงานทำ	1,480 (75.20)	1,031 (74.20)	449 (77.50)		
ช่วงเวลาที่เสพ	≤ 1 ปี	736 (37.40)	552 (39.70)	184 (31.80)	1.414**	1.263*
	> 1 ปี	1,233 (62.60)	838 (60.30)	395 (68.20)		
ความถี่/วัน	1 ครั้ง	1,165 (59.20)	839 (60.40)	326 (56.30)	1.185	1.284*
	มากกว่า	804 (40.80)	551 (39.60)	253 (43.70)		
ปริมาณที่เสพ/สัปดาห์	≤ 125 มก.	1,097 (55.70)	777 (55.90)	320 (55.30)	1.026	0.917
	> 125 มก.	872 (44.30)	613 (44.10)	259 (44.70)		
การใช้สารร่วม	ไม่ใช้	1,888 (95.90)	1,328 (95.50)	560 (96.70)	0.727	0.767
	ใช้	81 (4.10)	62 (4.50)	19 (3.30)		

\*\*\*p < .001, \*\*p < .01, \* p < .05

ไม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างกระทำความรุนแรงทางเพศ ส่วนความรุนแรงในครอบครัวพิจารณาจากความรุนแรงทางจิตใจและ/หรือ

ทางร่างกาย การศึกษานี้พบนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรุนแรงกับสถานภาพการสมรส (AOR = 0.612; 95% CI, 0.497-

0.780; P<0.001) อาชีพ (AOR = 1.564; 95% CI, 1.224-1.999; P<0.001) ความถี่ในการเสพ (AOR = 0.689; 95% CI, 0.542-0.876; P<0.01) อายุ (AOR= 1.287; 95% CI, 1.018-1.628; P<0.05) และปริมาณที่เสพ (AOR = 0.777; 95%CI,0.663-0.954;

P<0.05) โดยสรุป ผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่เสพวันละครั้งมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวต่ำกว่า (6%) ในขณะที่ผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่ว่างงาน (15%) และผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่อายุน้อย (12%) มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวสูงกว่า

**ตารางที่ 4** ความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวตามลักษณะทางประชากรของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนและพฤติกรรมการเสพ

		ความรุนแรง			COR (95%CI)	AOR (95%CI)
		รวม	มี	ไม่มี		
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
เพศ	ชาย	1,954 (99.20)	485 (99.00)	1,469 (99.30)	0.660	0.753
	หญิง	15 (0.80)	5 (1.00)	10 (0.70)	(0.225 - 1.941)	(0.249 - 2.272)
อายุ	ไม่เกิน 24 ปี	1,087 (55.20)	243 (49.60)	844 (57.10)	1.351**	1.287*
	25 ปีขึ้นไป	882 (44.80)	247 (50.40)	635 (42.90)	(1.101-1.658)	(1.018 -1.628)
สถานภาพ	โสด	1,211 (61.50)	261 (53.30)	950 (64.20)	0.635***	0.612***
	สมรส	758 (38.50)	229 (46.70)	529 (35.80)	(0.516-0.781)	(0.497 - 0.780)
การศึกษา	ประถมศึกษา	716 (36.40)	181 (36.90)	535 (36.20)	1.034	1.017
	มัธยมขึ้นไป	1,253 (63.60)	309 (63.10)	944 (63.80)	(0.836-1.278)	(0.820 - 1.262)
อาชีพ	ว่างงาน	489 (24.80)	141 (28.80)	348 (23.50)	1.313*	1.564***
	มีงานทำ	1,480 (75.20)	349 (71.20)	1131 (76.50)	(1.044 -1.652)	(1.224-1.999)
ช่วงเวลาที่ใช้	≤ 1 ปี	736 (37.40)	166 (33.90)	570 (38.50)	0.817	0.921 (0.729-
	> 1 ปี	1,233 (62.60)	324 (66.10)	909 (61.50)	(0.659 - 1.012)	1.163)
ความถี่/วัน	1 ครั้ง	1,165 (59.20)	256 (52.20)	909 (61.50)	0.686***	0.689**
	มากกว่า	804 (40.80)	234 (47.80)	570 (38.50)	(0.558-0.843)	(0.542-0.876)
ปริมาณที่เสพ/สัปดาห์	≤ 125 มก.	1,097 (55.70)	250 (51.00)	847 (57.30)	0.777*	0.907
	> 125 มก.	872 (44.30)	240 (49.00)	632 (42.70)	(0.633 - 0.954)	(0.787 - 2.502)
การใช้สารร่วมหลายชนิด	ไม่ใช้	1,888 (95.90)	475 (96.90)	1,413 (95.50)	1.479	1.403
	ใช้	81 (4.10)	15 (3.10)	66 (4.50)	(0.836 - 2.616)	(0.787 - 2.502)

\*\*\*p <.001, \*\*p <.01, \* p < .05

## วิจารณ์ (Discussions)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในขณะที่รายงานยาเสพติดโลกของสหประชาชาติ รายงานว่า ผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสัดส่วนของผู้หญิงที่ถูกจำคุกเนื่องจากความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดสูงกว่าผู้ชาย (ผู้หญิง 35% ผู้ชาย 19%)<sup>29</sup> การศึกษาอื่น พบว่า ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เป็นผู้หญิงแพร่หลายมากขึ้นในอเมริกา ออสเตรเลีย ยุโรป และเอเชีย<sup>29-31</sup> นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 จำนวนผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มขึ้น<sup>29</sup>

นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบอายุของผู้เสพ พบว่าการใช้เมทแอมเฟตามีนในกลุ่มอายุน้อยมีสัดส่วนสูงกว่าซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มทั่วโลก<sup>32</sup> ในปี พ.ศ. 2554 เยาวชนในภาคเหนือจำนวนมากใช้ยาบ้าตามค่านิยมสมัยใหม่<sup>33</sup> นอกจากนี้จากการสำรวจอินเตอร์เน็ตพบว่า 55% ของเยาวชนในกรุงเทพฯ เคยมีประสบการณ์ทางลบอย่างน้อย 1 ครั้ง (ทั้งทางจิตใจ ทางกาย หรือทางเพศ)

การศึกษาเยาวชนในกรุงเทพมหานครยังพบอีกว่าอาการผิดปกติในกลุ่มเยาวชนจะมากขึ้นในผู้ที่อายุน้อยสิ่งนี้ได้รับการสนับสนุนจาก Global Smart Update และ World Drug Report<sup>32,34</sup> นอกจากนี้ระยะเวลาที่เสพยาเสพติดสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมที่เป็นผลกระทบโดยตรง การศึกษาอื่นระบุว่าผู้ใช้เมทแอม

เฟตามีนทั้งในระยะสั้นและระยะยาวส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ แม้ว่าการใช้ยาเสพติดในระยะยาวมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบมากกว่าก็ตาม<sup>28</sup> ดังนั้น ควรสร้างโปรแกรมลดอันตรายสำหรับผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนเพื่อลดผลกระทบระยะยาว ส่วนใหญ่ระหว่างผู้ใช้อายุน้อยที่มักจะแสดงอาการผิดปกติมากขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

นอกจากนี้ ความรุนแรงในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความถี่ที่เสพยา อาชีพ และสถานภาพสมรส การใช้เมทแอมเฟตามีนในความถี่สูงอาจทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น<sup>8,9,13,35-37</sup> อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเพียง 15% ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้เมทแอมเฟตามีน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ รวมถึงการขาดตัวอย่างจาก "กลุ่มประชากรซ่อนเร้น" เนื่องจากการศึกษาจำกัดเฉพาะผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษา และยังขาดผู้ที่ติดยาเสพติดขั้นรุนแรงหรือปัญหาร้ายแรงอื่น ๆ ที่เกิดจากการใช้เมทแอมเฟตามีน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการศึกษาวิจัย เช่น อคติในการเลือกตัวอย่าง อคติในกำดำเนินการข้อมูล และการเน้นความเป็นตัวแทนมากเกินไป

## ข้อยุติ (Conclusions)

ระยะเวลาที่เสพยามีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติ ส่วนความถี่ในการเสพยา

ความสัมพันธ์กับการเกิดความรุนแรงในครอบครัว

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากข้อค้นพบ ควรเน้นที่มาตรการแทรกแซงเพื่อลดการใช้เมทแอมเฟตามีนในประเทศไทย เมื่อพิจารณาผู้ใช้งานเสฟติดอายุน้อย ควรมีการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายที่เยาวชน เช่น โปรแกรมให้ความรู้ในสถานศึกษา

ระยะเวลาที่เสฟส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ จึงควรสร้างโปรแกรมการลดอันตรายสำหรับผู้ใช้งานเมทแอมเฟตามีนเพื่อลดผลกระทบระยะยาว

นอกจากนี้โปรแกรมการรักษา เช่น การให้คำปรึกษา ค่ายยาเสฟติด โปรแกรมจิตสังคม คำแนะนำสั้น ๆ และโปรแกรมการ

แทรกแซงสั้น ๆ ควรเพิ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและหากเป็นไปได้ การรักษาอาการผิดปกติและการลดความรุนแรงในครอบครัว

การศึกษาในอนาคตควรตรวจสอบประชากรดังกล่าวและเปรียบเทียบกับ การศึกษานี้เพื่อพิสูจน์ความถูกต้องของข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับประชากรไทยโดยใช่ยาบ้า

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สารเมทแอมเฟตามีนส่งผลต่อร่างกายของผู้เสฟ การศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมเสฟเมทแอมเฟตามีนทำให้เกิดอาการผิดปกติของผู้เสฟและก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Shumay E, Telang F, Thanos PK, et al. Distribution and pharmacokinetics of methamphetamine in the human body: clinical implications. *PloS one* 2010; 5(12): 1-6.
2. Courtney KE, Ray LA. Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment

literature. *Drug and alcohol dependence* 2014; 143: 11-21.

3. United Nations Office on Drugs and Crime. *Analysis of drug markets: opiates, cocaine, cannabis, synthetic drugs* [online] 2018 [cited 2021 October 20]. Available from: [https://www.unodc.org/pdf/opioids-crisis/WDR18\\_Booklet\\_3\\_DRUG\\_MARKETS.PDF](https://www.unodc.org/pdf/opioids-crisis/WDR18_Booklet_3_DRUG_MARKETS.PDF).

4. Kanato M, Aramrattana A, Asnangkornchai S, Perngpam U, Charoenrat S, Kannikar N, et al. **National household survey on substance use 2016**. Bangkok: The Office of Narcotic Control Board; 2016. [in Thai].
5. Kanato M, Leyatikul P, Choomwattana C, Sarasiri R, Rahmah HJHS, Boumony K, et al, eds. **ASEAN Drug Monitoring Report 2016** [online] 2017 [cited 2021 October 20]. Available from: <https://asean.org/wp-content/uploads/2016/10/Doc6-ADM-Report-2016-as-of-15-November-2017-FINAL.pdf>.
6. Matapatara W, Nuangsai P, Theeraratanabhandhu W, Manlin A. Analysis of the Composition of Amphetamine Tablets, Fiscal Years 2007-2013. **Journal of Health Science** 2016; 25(3): 519-528. [in Thai].
7. Leyatikul P, Wonguppa R. Methamphetamine Abuse Undesirable Effects. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2020; 8(4): 561-574. [in Thai].
8. Carney T, Myers B, Kline TL, Johnson K, Wechsberg WM. Aggressive behaviour among drug-using women from Cape Town, South Africa: ethnicity, heavy alcohol use, methamphetamine and intimate partner violence. **BMC women's health** 2017; 17(1): 1-7.
9. Wicomb R, Jacobs L, Ebrahim N, Rensburg M, Macharia M. Illicit drug use and violence in acute psychosis among acute adult admissions at a South African psychiatric hospital. **African health sciences** 2018; 18(1): 132-136.
10. McKetin R, Voce A, Burns R, Ali R, Lubman DI, Baker AL, et al. Latent psychotic symptom profiles amongst people who use methamphetamine: what do they tell us about existing diagnostic categories?. **Frontiers in psychiatry** 2018; 9: 1-8.
11. Wearne TA, Cornish JL. A comparison of methamphetamine-induced psychosis and schizophrenia: a review of positive, negative, and cognitive symptomatology. **Frontiers in psychiatry** 2018; 9: 1-21.
12. Voce A, McKetin R, Burns R, Castle D, Calabria B. The relationship between illicit amphetamine use and psychiatric symptom profiles in

- schizophrenia and affective psychoses. **Psychiatry research** 2018; 265: 19-24.
13. Perry AN, Ortiz RJ, Hernandez KR, Cushing BS. Effects of methamphetamine on alloparental behavior in male and female prairie voles. **Physiology & behavior** 2019; 203: 128-134.
14. Isoardi KZ, Ayles SF, Harris K, Finch CJ, Page CB. Methamphetamine presentations to an emergency department: management and complications. **Emergency Medicine Australasia** 2019; 31(4): 593-599.
15. Fowler J, Fiani B, Quadri SA, Cortez V, Frooti M, Zafar A, et al. **Impact of methamphetamine abuse: a rare case of rapid cerebral aneurysm growth with review of literature.** Case reports in neurological medicine; 2018.
16. Bazmi E, Mousavi F, Giahchin L, Mokhtari T, Behnoush B. Cardiovascular complications of acute amphetamine abuse: cross-sectional study. **Sultan Qaboos University Medical Journal** 2017; 17(1): 31- 37.
17. Fullman N, Barber RM, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, et al. Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health- related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet** 2017; 390(10100): 1423-1459.
18. United Nations Office on Drugs and Crime. **Executive summary Conclusions and Policy Implications World Drug Report 2018.** [online] 2018 [cited 2021 October 20]. Available from: [www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_1\\_EXSUM](http://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM).
19. Kalokhe AS, Potdar RR, Stephenson R, Dunkle KL, Paranjape A, Del Rio C, et al. How well does the World Health Organization definition of domestic violence work for India?. **PLoS One** 2015; 10(3): 1-16.
20. Child Welfare Information Gateway. **Definitions of Domestic Violence.** [online] 2018 [cited 2021 October 18]. Available from: [www.childwelfare.gov/topics/systemwide/laws-policies/statutes/defdomvio/](http://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/laws-policies/statutes/defdomvio/).
21. Chuemchit M, Chernkwanma S, Rugkua R, Daengthern L, Abdullakasim P, Wieringa SE. Prevalence of intimate partner violence in Thailand. **Journal of family violence** 2018; 33(5): 315-323.

22. ONCB. **Operation Plan of Fiscal Year B. E. 2022 of Office of The Narcotic Control Board.** [online] 2021 [cited 2021 October 21]. Available from: <https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ITA/main/O10%20%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B3%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20%E0%B8%9B.%E0%B8%9B.%E0%B8%AA.%20%E0%B8%9B%E0%B8%B5%2065.pdf>.
23. LSK. **Narcotics act B. E.2522.** [online] 1979 [cited 2022 April 21]. Available from: [www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/en/SharedDocuments/Narcotics-Act-B.E.2522.pdf](http://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/en/SharedDocuments/Narcotics-Act-B.E.2522.pdf).
24. National Council for Peace and Order. **The Government gazette: Announce of National Council for Peace and Order no. 108/2014.** [online] 2014 [cited 2022 June 21]. Available from: [www.oncb.go.th/Home/pages/commandnccd.aspx](http://www.oncb.go.th/Home/pages/commandnccd.aspx).
25. Ahmed S. **Methods in Sample Surveys.** Baltimore, MD: Department of Biostatistics School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University; 2009.
26. Kanato M, Choomwattana C, Sarasiri R, Leyatikul P, eds. **ASEAN Drug Monitoring Report 2017.** [online] 2018 [cited 2022 February 21]. Available from: <https://asean.org/storage/2016/10/Doc-3-ADM-Report-2017-as-of-16-Aug18-FINAL.pdf>.
27. Braunwarth WD, Christ M, Henrike D, et al. eds. **S3 Practice Guideline Methamphetamine-related Disorders.** Berlin: Drug Commissioner of the German Federal Government; 2016.
28. National Drug Research Institute Australian Institute of Criminology. **National amphetamine-type stimulant strategy background paper.** Monograph No. 69. Canberra: Department of Health and Ageing; 2007.
29. United Nations Office on Drugs and Crime. **Women and Drugs: Drug Use, Drug Supply, and their Consequences.** [online] 2018 [cited 2022 October

- 21]. Available from: [www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_5\\_WOMEN.pdf](http://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf).
30. Dluzen DE, Liu B. Gender differences in methamphetamine use and responses: a review. **Gender medicine** 2008; 5(1): 24-35.
31. Loza O, Ramos R, Ferreira-Pinto J, Hernandez MT, Villalobos SA. A qualitative exploration of perceived gender differences in methamphetamine use among women who use methamphetamine on the Mexico–US border. **Journal of ethnicity in substance abuse** 2016; 15(4): 405-424.
32. United National Office on Drugs and Crime. **Drugs and Age: Drugs and Associated Issues Among Young People and Older People**. [online] 2018 [ cited 2021 October 21] . Available from: [www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_4\\_YOUTH.pdf](http://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf).
33. Cohen A. Crazy for Ya Ba: methamphetamine use among northern Thai youth. **International Journal of Drug Policy** 2014; 25(4): 776-782.
34. United Nations Office on Drugs and Crime. **Methamphetamine continues to dominate synthetic drug markets**. **Global Smart Update**; 2018: 20. 1–15.
35. London ED, Kohno M, Morales AM, Ballard ME. Chronic methamphetamine abuse and corticostriatal deficits revealed by neuroimaging. **Brain research** 2015; 1628: 174-185.
36. Leslie EM, Smirnov A, Cherney A, Wells H, Legosz M, Kemp R, et al. Predictors of aggressive behavior while under the influence of illicit drugs among young adult methamphetamine users. **Substance use & misuse** 2008; 53(14): 2439-2443.
37. Allerton M, Blake W. The “Party drug” crystal methamphetamine: risk factor for the acquisition of HIV. **The Permanente Journal** 2008; 12(1): 56-58.



# การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทย

ศักดิกร สุวรรณเจริญ\*, สุวัฒนา เกิดม่วง\*, มนุญ ศูนย์สิทธิ์\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่าง คือนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จำนวน 500 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่พัฒนาขึ้น มีความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในระหว่าง .81 - .96 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบหลักและหมุนแกนแบบตั้งฉากด้วยวิธีแวกซ์เพื่อประเมินสมรรถนะ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะด้านความรู้ มี 6 องค์ประกอบย่อย (การพัฒนางานสาธารณสุข การบริหารงานสาธารณสุข การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การควบคุมโรคและวิทยาการระบาด การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการปฐมพยาบาล) สมรรถนะด้านทักษะ มี 10 องค์ประกอบย่อย (การพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน การวิจัย การจัดการข้อมูลทางสุขภาพ สุขศึกษา และการสื่อสารด้านสาธารณสุข การจัดบริการปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การประเมินภาวะของชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข การจัดการความรู้และการประสานงาน และการคุ้มครองผู้บริโภค) และสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล มี 5 องค์ประกอบย่อย (จริยธรรมวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การจัดการความรู้และการเจรจาต่อรอง การคิดเชิงระบบ และการมีปฏิสัมพันธ์) ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .419 - .980 โดยแต่ละองค์ประกอบอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 65.884, 72.133 และ 73.154 ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ, นักวิชาการสาธารณสุข, สมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

\*สถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

\*\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

Corresponding author: Suwattana Kerdmuang Email: suwattana\_kerd@hotmail.com

Received 20/07/2022

Revised 24/08/2022

Accepted 19/09/2022

## AN EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS ON THE COMPETENCY OF PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS IN THAILAND'S HEALTH PROMOTING HOSPITALS

*Sakdikorn Suwanchareon\*, Suwattana Kerdmuang\*, Manoon Soonsit\*\**

### ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the competency components of public health professionals working in Health Promoting Hospitals. The sample comprises of 500 public health professionals employed by the Thai Primary Care Unit who were recruited through a multistage selection procedure. A questionnaire was utilized to collect data for the aim of a competency evaluation. The result indicated a high internal concordance and reliability level, between 0.81 and 0.96. The Varimax orthogonal rotation was used to evaluate the three primary categories of competencies: knowledge, skills, and personal attributes.

The findings showed that there were six knowledge-related components (public health development, public health administration, holistic health care, disease control and epidemiology, primary health care, and first aid), ten skill-related components skills (voluntary community, research, health information management, health education and public health communication, primary health care provision, health promotion and disease prevention, community assessment, strategic planning and problem-solving, knowledge management and coordination and consumer protection), and five personality related components (professional ethics, leadership, knowledge management, and negotiation, systematic thinking and interaction) with values ranging from 0.419-0.0980. These variables accounted for 65.884%, 72.133%, and 73.154% of the variance.

**Keywords:** exploratory factor analysis, public health professionals, competency of community health professionals, health promoting hospitals

---

\*Praboromarajchanok Institute; Faculty of Public Health and Allied Health Sciences; Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

\*\*Suphanburi Provincial Public Health Office

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชนในอดีต มาเป็นการป่วยและตายจากโรคเรื้อรัง โรคจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตเพิ่มมากขึ้น<sup>1</sup> สาเหตุดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสาธารณสุขไทย ที่กำหนดนโยบายให้ยกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อปี พ.ศ. 2553 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีความเหมาะสม มีความปลอดภัยและมีทางเลือกในการรับบริการสุขภาพดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานด้านแรกในการจัดบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน<sup>1-3</sup> มีจำนวนทั้งหมด 9,537 แห่งทั่วประเทศ มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนแบบองค์รวม รวมถึงการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง เน้นการพัฒนาศักยภาพประชาชนในการดูแลตนเอง มีบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพประชาชน<sup>4</sup> ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขถือเป็นบุคคลสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชนและชุมชน โดยนำหลักวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้<sup>1-3,5-7</sup>

จากการออกพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ที่ได้

กำหนดบทบาทวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน<sup>5</sup> ประกอบกับปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่กำหนดบทบาทให้บุคลากรสาธารณสุขดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมและผสมผสาน แต่ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิขาดการกำหนดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน อีกทั้งบุคลากรยังขาดทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเตรียมชุมชนและการทำงานในชุมชน นักวิชาการสาธารณสุขต้องมีการพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ถึงแม้จะมีการกำหนดพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนให้เห็นถึงบทบาทและขอบเขตของวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 แล้วนั้น แต่ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน<sup>1,6-7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาและประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งรวมถึงนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยศึกษาในภาพรวมเท่านั้น และบางการศึกษาได้กำหนดสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบลตามกรอบสมรรถนะของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน<sup>1,6-8</sup> จากการสังเคราะห์

บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพในปฐมภูมิควรปฏิบัตินั้น ได้แก่ การวิเคราะห์ระบบงานสาธารณสุข การวางแผน การทำงานเป็นทีม งานบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน การบริหารจัดการงบประมาณ ภาวะผู้นำและการคิดอย่างเป็นระบบ งานวิจัยจากงานประจำ และคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ<sup>2-3,6-7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบช่องว่างในการวิจัย คือ ยังขาดการศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข งานวิจัยนี้จึงวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามกรอบแนวคิดสมรรถนะของ Spencer and Spencer<sup>9</sup> ขอบเขตตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556<sup>5</sup> พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562<sup>10</sup> และจากรวบรวมที่เกี่ยวของทั้งในและต่างประเทศ เพราะการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจะทำให้ได้องค์ประกอบสมรรถนะที่นำไปพัฒนาแบบประเมินระดับสมรรถนะต่อไป ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางในการกำหนดสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนและพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การ

ฝึกอบรม การบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านการสาธารณสุขในเรื่องการสรรหาและคัดเลือกบุคลากร การจ่ายค่าตอบแทน และการวางแผนความก้าวหน้าในวิชาชีพพร้อมทั้งใช้ในการพัฒนามาตรฐานการบริการสำหรับนักวิชาการสาธารณสุขต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อกำหนดองค์ประกอบเชิงสำรวจสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

### วิธีการศึกษา (Method)

#### 1. รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

#### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9,444 คน<sup>4</sup>

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน จาก 76 จังหวัด กำหนดโดยเกณฑ์การวิเคราะห์หาองค์ประกอบเชิงสำรวจ<sup>11</sup> ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอ (Multistage random sampling technique) แบ่งออกเป็นเขตสุขภาพ 12 เขต จากนั้น 1) สุ่มเลือกอำเภอจากการหาสัดส่วนในแต่ละจังหวัด และอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple

Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก  
2) สุ่มเลือกตำบลจากการหาสัดส่วน จากนั้น  
เลือกตำบลด้วยวิธีการจับฉลาก และ 3) สุ่ม  
เลือกหน่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
จากการหาสัดส่วนในแต่ละตำบล และใช้  
วิธีการจับฉลาก โดยกำหนดให้นักวิชาการ  
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในแต่ละโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม  
เพียงแห่งละ 1 คนเท่านั้น

### 3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล และการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล  
เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง พัฒนามาตาม  
กรอบแนวคิดสมรรถนะของ Spencer and  
Spencer<sup>9</sup> ขอบเขตพระราชบัญญัติวิชาชีพ  
การสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2555<sup>5</sup>  
พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
พ.ศ. 2562<sup>10</sup> และจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง  
ทั้งในและต่างประเทศ มาบูรณาการเพื่อ  
กำหนดเป็นกรอบแนวคิด

ผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถาม ที่เป็น  
มาตรฐาน 5 ระดับ ให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน  
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 120  
รายการ ได้แก่ 1) ความรู้ มี 28 รายการ  
2) ทักษะ มี 59 รายการ และ 3) คุณลักษณะ  
เฉพาะของบุคคล มี 33 รายการ คำนวณค่า  
CVI ของร่างแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ที่ 0.96

จากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่น  
ชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal

Consistency Reliability) กับนักวิชาการ  
สาธารณสุขที่ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ  
จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ  
กลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาค่าความ  
เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค  
(Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งพบค่า  
ความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ที่  
0.96

### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล  
โดยการส่งแบบสอบถามเพื่อการยืนยัน  
องค์ประกอบสมรรถนะแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ทางไปรษณีย์ โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบ  
แบบสอบถามด้วยตนเอง (self-  
administered questionnaire) ซึ่ง ผู้วิจัย  
กำหนดเวลาในการส่งแบบสอบถามดังกล่าว  
คืนภายใน 2 สัปดาห์ โดยส่งคืนทางไปรษณีย์  
ที่ผู้วิจัยได้แนบซองติดแสตมป์และจำหน่าย  
ของถึงผู้วิจัยเรียบร้อยแล้ว ได้แบบสอบถาม  
กลับคืน จำนวน 445 ฉบับ คิดเป็นอัตราการ  
ตอบกลับร้อยละ 89.00

### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิง  
พรรณนา (Descriptive Statistic) และ  
วิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะ ด้วยวิธี  
วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ  
(Exploratory Factor Analysis: EFA) ใน 3  
ด้าน คือ ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะ  
เฉพาะของบุคคล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลง  
เบื้องต้นของการใช้ EFA ด้วย Kaiser-Meyer-

Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) และ Bartlett's test of Sphericity และหมุนแกนด้วยวิธี Varimax ใช้เกณฑ์การพิจารณาค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (Factor Loading) ที่มากกว่า .40<sup>11</sup>

## 6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ COA No.006/61 เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2561 และ COA No.007/62 เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2562

## ผลการศึกษา (Results)

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.7 เพศหญิง ร้อยละ 45.3 มีช่วงอายุระหว่าง 22 ถึง 58 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 41.3 ปี (SD = 10.77) โดยส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรีทางสาธารณสุขหรือเทียบเท่า ถึงร้อยละ 77.4 ในส่วนประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1 ถึง 38 ปี มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 19.5 ปี (SD = 10.32) สำหรับประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าวอยู่ระหว่าง 1 ถึง 30 ปี โดยมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.9 ปี

(SD = 6.2) ด้านประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีประชากรที่รับผิดชอบในพื้นที่มากที่สุด คือ น้อยกว่า 5,000 คน มีประชากรเฉลี่ยจำนวน 5,945.1 คน (SD = 4,585.0) ซึ่งมีจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 4.5 คน (SD = 1.9)

สำหรับการฝึกอบรมหรือฝึกปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าร้อยละ 93.0 ได้เข้ารับการอบรมวิชาการในการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเคยได้เข้ารับการฝึกอบรมวิชาการเกี่ยวกับ พ.ร.บ. วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 และ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ร้อยละ 47.0

### 2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะฯ ได้แยกการทดสอบความถูกต้องเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของร่างองค์ประกอบสมรรถนะฯ ฉบับที่ 3 (3<sup>rd</sup> version of PHPC-S) ออกเป็น 3 ด้านที่ระบุตามแนวคิดสมรรถนะของ Spencer ได้แก่ 1) ด้านความรู้ 2) ด้านทักษะ และ 3) ด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลปรากฏผลดังนี้

### 1) ด้านความรู้

รายการสมรรถนะในด้านความรู้ มีความเหมาะสม ที่จะนำมาวิเคราะห์ องค์ประกอบในระดับดี และรายการต่างๆ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า KMO หรือ MSA เท่ากับ .863 และผลการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity เท่ากับ  $\chi^2 (435) = 5757.079$ , p-value < 0.001) ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก จำนวน 26 ตัว โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .436 ถึง .890 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 65.884<sup>11</sup> สามารถจัดกลุ่มเข้าองค์ประกอบ (Component) ได้จำนวน 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย การพัฒนางาน สาธารณสุข การบริหารงานสาธารณสุข การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การควบคุมโรค และวิทยาการระบาด การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการปฐมพยาบาล

### 2) ด้านทักษะ

รายการสมรรถนะในด้านทักษะ มีความเหมาะสม ที่จะนำมาวิเคราะห์ องค์ประกอบในระดับดี และรายการต่างๆ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า KMO หรือ MSA เท่ากับ .885 และผลการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity เท่ากับ  $\chi^2 (435) = 19798.127$ , p-value < 0.001) ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก จำนวน 50 ตัว โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .419 ถึง

.980 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 72.133<sup>11</sup> สามารถจัดกลุ่มเข้าองค์ประกอบ (Component) ได้จำนวน 10 องค์ประกอบ ประกอบด้วย การพัฒนา สาธารณสุขของชุมชน การวิจัย การจัดการ ข้อมูลทางสุขภาพ สุขศึกษาและการสื่อสาร ด้านสาธารณสุข การจัดบริการปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การประเมิน ภาวะของชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข การจัดการความรู้และการประสานงาน และการคุ้มครองผู้บริโภค

### 3) ด้านคุณลักษณะเฉพาะของ

#### บุคคล

รายการสมรรถนะในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความเหมาะสม ที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบในระดับดี และรายการต่างๆ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า KMO หรือ MSA เท่ากับ .925 และผลการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity เท่ากับ  $\chi^2 (435) = 11352.824$ , p-value < 0.001) ผลการสกัด องค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์ องค์ประกอบหลัก จำนวน 33 ตัว โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .549 ถึง .882 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 73.154<sup>11</sup> สามารถจัดกลุ่มเข้าองค์ประกอบ (Component) ได้จำนวน 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วย จริยธรรมวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การจัดการความรู้และการเจรจาต่อรอง การ

คิดเชิงระบบ และการมีปฏิสัมพันธ์ ดัง

นำเสนอในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** องค์ประกอบสมรรถนะ 1 กลุ่ม (ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านบุคคล)

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total (Eigenvalue)	% of Variance	Cumulative %	Total (Eigenvalue)	% of Variance	Cumulative %
<b>1. ความรู้</b>						
1.1 การพัฒนางานสาธารณสุข	10.592	37.828	37.828	7.852	37.828	37.828
1.2 การบริหารงานสาธารณสุข	2.348	8.385	46.213	6.373	8.385	46.213
1.3 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	1.892	6.757	52.970	6.488	6.757	52.970
1.4 การควบคุมโรคและวิทยาการระบาด	1.322	4.722	57.692	5.319	4.722	57.692
1.5 การดูแลสุขภาพเบื้องต้น	1.201	4.289	61.981	4.159	4.289	61.981
1.6 การปฐมพยาบาล	1.093	3.903	65.884	4.248	3.903	65.884
<b>2. ทักษะ</b>						
2.1 การพัฒนาสาธารณสุขของชุมชน	23.406	39.672	39.672	15.061	39.672	39.672
2.2 การวิจัย	4.042	6.851	46.523	10.575	6.851	46.523
2.3 การจัดการข้อมูลทางสุขภาพ	3.123	5.293	51.816	10.902	5.293	51.816
2.4 สุขศึกษาและการสื่อสารด้านสาธารณสุข	2.641	4.476	56.292	13.126	4.476	56.292
2.5 การจัดการบริการปฐมภูมิ	2.087	3.537	59.829	13.308	3.537	59.829
2.6 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	1.929	3.269	63.099	13.502	3.269	63.099
2.7 การประเมินภาวะของชุมชน	1.522	2.580	65.678	8.488	2.580	65.678
2.8 การวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข	1.415	2.398	68.077	9.928	2.398	68.077
2.9 การจัดการความรู้และการประสานงาน	1.221	2.070	70.146	11.655	2.070	70.146
2.10 การคุ้มครองผู้บริโภค	1.172	1.987	72.133	7.767	1.987	72.133
<b>3. คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล</b>						
3.1 จริยธรรมวิชาชีพ	17.353	52.586	52.586	13.517	52.586	52.586
3.2 ภาวะผู้นำ	2.494	7.557	60.143	13.704	7.557	60.143
3.3 การจัดการความรู้และการเจรจาต่อรอง	1.933	5.858	66.001	12.042	5.858	66.001
3.4 การคิดเชิงระบบ	1.261	3.822	69.823	8.801	3.822	69.823
3.5 การมีปฏิสัมพันธ์	1.099	3.331	73.154	10.974	3.331	73.154

## วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก ขององค์ประกอบสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ด้วยการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉากด้วยวิธีแวนแอมกซ์ ตาม 3 ด้านที่ระบุตามแนวคิดสมรรถนะของ Spencer<sup>9</sup> พบว่า

### 1) ด้านความรู้

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสมรรถนะด้านความรู้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ควรมีความรู้ด้านการวิเคราะห์ระบบงานสาธารณสุขและประเมินสุขภาพของชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่กล่าวว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด มีข้อมูลและเข้าใจในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชนมากกว่าบุคลากรวิชาชีพอื่น นักวิชาการสาธารณสุข จึงควรมีความรู้ในการประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้าน ระบุข้อมูลและแหล่งข้อมูลปัญหาสุขภาพ และนำมาวางแผนการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชน<sup>1-3,6-7,12</sup> นอกจากนี้ พบว่าความรู้

ด้านการบริหารงานสาธารณสุขนับเป็นเสาหลักสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขหรืองานอนามัยชุมชน ได้แก่ ทักษะการเจรจาต่อรอง การสร้างแรงจูงใจ การแก้ไขความขัดแย้ง การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา ดังนั้นจึงเป็นสมรรถนะที่จำเป็นในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข เนื่องจากการปฏิบัติงานให้เข้าถึงมิติของชุมชนนั้นต้องอาศัยความรู้ด้านการบริหารงานสาธารณสุขดังกล่าวเป็นพื้นฐาน<sup>13</sup>

### 2) ด้านทักษะ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าทักษะด้านวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย การบูรณาการระหว่างทักษะด้านสาธารณสุขอนามัยชุมชน อาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมและการป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น<sup>5,14-15</sup> สำหรับการศึกษานี้ ทักษะด้านวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่ค้นพบมีทั้งสิ้นรวม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน 2) การจัดการข้อมูลทางสุขภาพ 3) การประสานความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม และ 4) การวิจัยจากงานประจำเพื่อพัฒนาสถานะสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งนับเป็นบทบาทที่สำคัญของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิตามขอบเขตการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติ

วิชาชีพการสาธารณสุข พ.ศ. 2556 และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

นอกจากนี้ทักษะด้านวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุข ในการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในด้านการจัดการข้อมูลและระบบการเก็บบันทึกข้อมูลที่ต้อง การประสานความร่วมมือ การพัฒนางานวิจัยจากงานประจำ การให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน การติดตามการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าทักษะที่กำหนดไว้ นับเป็นทักษะเดียวกับทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และยังสามารถนำทักษะดังกล่าวเข้าไปรวมในบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือการดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้ นอกจากนั้น ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาทักษะเหล่านี้แก่นักวิชาการสาธารณสุขเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชน<sup>5,12,14-16</sup> การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดำเนินงานของนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า ยังขาดการกล่าวถึงบทบาทสำคัญในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ซึ่งทักษะดังกล่าว เป็นทักษะสำคัญอีกทักษะหนึ่ง เนื่องจากได้ถูกระบุในพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุข พ.ศ.

2556 และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ว่าเป็นบทบาทหน้าที่ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความสำคัญกับทักษะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lemrod, Chaowakeeratiphong and Mejang<sup>14</sup> ที่ว่าการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากอาชีพที่คุกคามสุขภาพ และการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ก่อโรค การกำจัดพาหะนำโรค เป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับนักวิชาการสาธารณสุข เพราะนับเป็นงานที่โดดเด่นของวิชาชีพสาธารณสุขและไม่ทับซ้อนกับการทำงานล่องวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ

### 3) ด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าองค์ประกอบสมรรถนะด้านความรู้ และทักษะด้านวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเกิดสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนได้ จำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลร่วมด้วย<sup>9</sup>

สำหรับองค์ประกอบสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ คือ 1) คุณลักษณะด้านบุคคล 2) คุณลักษณะด้านปฏิสัมพันธ์ และ 3) คุณลักษณะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่ ความอดทน ความคิดอย่างเป็นระบบ

ความยืดหยุ่น จิตสาธารณะ/จิตบริการ และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน<sup>1-3,10,12,13-16</sup>

ผลการศึกษาในการศึกษานี้มุ่งเน้นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลด้านวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย การป้องกันสิทธิของผู้รับบริการ การนำเสนอ และการรับรู้บทบาทของนักวิชาการสาธารณสุข และความเป็นมืออาชีพ คุณลักษณะส่วนบุคคลเหล่านี้สอดคล้องกับสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และขอบเขตการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุข<sup>12,13-16</sup> นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีสิทธิที่จะรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดอันตราย และผลกระทบของความเสี่ยงและประโยชน์ในการจัดการ เพื่อเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับขอบเขตการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556<sup>5</sup> และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562<sup>10</sup> ที่พบว่าบุคลากรทางสาธารณสุขต้องใช้กรอบจริยธรรมวิชาชีพในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและปกป้องผู้ป่วย / ประชาชน

จากอันตรายต่อสุขภาพ ความเข้าใจ ตระหนักถึงบทบาทและขอบเขตของการปฏิบัติงาน ก่อนที่ให้บริการด้านสุขภาพจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการได้<sup>13-16</sup> ดังนั้น นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องทำหน้าที่ในการจัดหาข้อมูลด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานความรับผิดชอบทางวิชาชีพและจริยธรรม

### ข้อยุติ (Conclusions)

สมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทยประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบหลักและหมุนแกนแบบตั้งฉากด้วยวิธีแวนิแมกซ์ พบว่า สมรรถนะด้านความรู้มี 6 องค์ประกอบ ทักษะมี 10 องค์ประกอบ และคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลมี 5 องค์ประกอบ

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดสมรรถนะวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนและพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของนักวิชาการสาธารณสุขให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับสมรรถนะตาม

ขอบเขตวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนและระบบสุขภาพปฐมภูมิ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ด้านการสาธารณสุขในเรื่องการสรรหาและคัดเลือกบุคลากร การจ่ายค่าตอบแทนและการวางแผนความก้าวหน้าในวิชาชีพ รวมทั้งใช้ในการพัฒนามาตรฐานการบริการสำหรับนักวิชาการสาธารณสุขต่อไป

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

องค์กรวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนและสถาบันการศึกษาสาธารณสุขสามารถนำไปพัฒนาหลักสูตรและการฝึกอบรมสมรรถนะตามขอบเขตวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนแก่นักศึกษาสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Udomsap B. Factors effected qualified sub-district health promotion hospital quality assurance performance among public health personnel who work at sub-district health promotion hospital in Khon Kaen. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2018; 6(4): 553-70. [in Thai].
2. Chada W, Leethongdee S, Pengpid S, Chualinfa S. Competency- based assessment of public health professionals in the Northeastern region, Thailand: an exploratory factors analysis. **Indian J Public Health Res Dev** 2020; 11(1): 1788-93.
3. Leethongdissakul S, Chada W, Pengpid S, Chualinfa S. An exploratory factor analysis of core competencies of public health professionals at primary care service level in Northeastern Thailand. **SAGE Open Med** 2020; 8: 1-9.
4. Ministry of Public Health. **Ministry of Public Health Personal 2018, Thailand**. [online] 2018 [cited 2021 October 27]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/MinistryofPublicHealthpersonnel2561.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/MinistryofPublicHealthpersonnel2561.pdf) [in Thai].
5. Office of the ordinance Thailand. **The professional act of public health in Thailand**. Bangkok: Office of the ordinance Thailand; 2013. [in Thai]
6. Na- Ayuthtaya TS, Udompanich S. Motivation affecting the performance of public health officers at sub-district health promotion hospitals in Roi Et province. **KKU Journal for Public**

- Health Research 2019; 12(2): 42-51. [in Thai].
7. Rungruang S, Prutipinyo C, Sirichotiratana N, Usathaporn S. Factors associated with the competency of public health technical officers: A case study of regional service provider 4. **Public Health & Health Laws Journal** 2016; 2(1): 15-29. [in Thai].
8. Office of the Civil Service Commission. **The standardization in competencies of work position.** Nonthaburi; Office of the Civil Service Commission; 2008. [in Thai].
9. Spencer LM, Spencer SM. **Competence at work: models for superior performance.** New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1993.
10. Ministry of Public Health. **Guideline for primary care cluster in Thailand.** [online] 2016 [cited 2021 October 27]. Available from: <http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primarycareclusterguide%28pcc%29.pdf> [in Thai].
11. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE. **Multivariate data analysis: A global perspective.** (5th ed.). Boston: Pearson Education, Inc., 2010.
12. Chaosuansreecharoen KR, Chaosuansreecharoen P, Khonsanit S, Sangsim J. A needs assessment in self- competency development for practices in primary care cluster of public health technical officers in Region Health 12<sup>th</sup>. **Journal of Legal Entity Management and Local Innovation** 2020; 6(2): 149-168. [in Thai]
13. Wright K. Competency development in public health leadership. **Am J Public Health** 2009; 90: 1202-1207.
14. Iemrod K, Chaowakeeratiphong T, Mejang S. A development of the indicators for technical public health officers competencies in district health promoting hospitals. **Public Health Burapha Univ J.** 2011; 6(2): 9-12. [in Thai].
15. Iemrod K, Jenausorn P. Technical public health officers' competencies in district health promoting hospitals. **Buddhachinaraj Medical Journal** 2012; 29(2): 168-79. [in Thai].
16. Charoenchange P, Kerdmuang S, Kalampakorn S. Public health professional competency of public

health officers working in Thai primary  
care units. **Nursing Journal of the**

**Ministry of Public Health** 2016; 26(1):  
40-51. [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 ชื่อเรื่องต้องไม่สโลวล์ที่ไม่จำเป็น 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

ใช้อักษร 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) โดยใส่ตัวเลขยกกำลังหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง 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 ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรอง สถานการณ์ตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

### 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