



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสาร สาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

The Primary Health Care Journal (Central Edition)

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569
ISSN 3057-0379 (online), 3057-0352 (print)

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลาง ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน

ที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นายเชาวลิต นาคสวัสดิ์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางเพ็ญวิภา นิลเนตร

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวกมลชนก สหุณาฬ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วสุธร ดันวัฒนกุล

สถาบันพระบรมราชชนก

รศ.ดร.วรวจน์ พรหมสัตยพรด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ทศพร ชูศักดิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

ผศ.ดร.อดิสร วงศ์คงเดช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.พัชณา ใจดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.ณัฐกร นิลเนตร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.นครินทร์ ประสิทธิ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.ปริญญญา เรืองทิพย์

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.เพียงพร กัณหาธิ์

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

วิทยาเขตสิรินธรราชวิทยาลัย ศรีราชา

ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา

ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา

ดร.วันสรา เขาวนนิม

มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ดร.สมภาพ อาจชนะศึก

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ดร.ศรัทธา กาญจนสิงห์

ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวจิรัชยา สารสุวรรณ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นายอภิชาติ สบายใจ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางวาริตา สนั่นจิตร

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวนพวรรณ สุกณา

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวฉัตรทริกา ผินจัตุรัส

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสุดารัตน์ งามสม

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางรุ่งอรุณ บุรณะ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสุวรรณี มุ่งคุณ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวจันทิพย์ นพรัตน์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวจันทิรา สิงห์เหม

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางกรองแก้ว นิลโน

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ก้าวเข้าสู่ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 ในห้วงเวลาที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยกำลังจะมีสมาชิกใหม่ กองบรรณาธิการจึงขอเปิดฉบับนี้ด้วยเรื่องของ "อาสาพยาบาลชุมชน" หรือ อสพ.

อสพ. ช่วยเติมเต็มช่องว่างระหว่าง “บ้าน” กับ “ระบบบริการ” ซึ่งกว้างขึ้นทุกปี ที่มากอดดูแลประชากรกลุ่มเปราะบาง 4 กลุ่มที่ต้องติดตามต่อเนื่องถึงระดับครัวเรือน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องติดตามการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มแม่และเด็กที่ต้องเฝ้าระวังพัฒนาการ ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ต้องติดตามการบำบัดอย่างใกล้ชิด ล้วนเป็นภาระที่เกินกำลังของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีบุคลากรจำกัด อสพ. จึงถูกออกแบบให้เป็นกำลังประจำตำบลที่มีเวลาลงถึงครัวเรือน ในการทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน คัดกรอง ติดตาม และบันทึกข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ

ประเด็นสำคัญอยู่ที่ข้อกำหนดให้ อสพ. ประสานการทำงานร่วมกับ อสม. ครอบครัว รพ.สต. และทีมเวชศาสตร์ครอบครัว เพราะ อสม. คือทุนทางสังคมและความไว้วางใจของชุมชน ขณะที่ อสพ. คือทักษะเชิงวิชาชีพและเวลาที่ทุ่มเทได้เต็มที่ ทั้งสองฝ่ายจึงเติมเต็มกัน มิใช่แทนที่กัน ความท้าทายสำคัญจึงอยู่ที่การออกแบบกลไกความร่วมมือในระดับตำบล ทั้งการแบ่งบทบาทให้ชัดเจน ระบบพี่เลี้ยง เวทีวางแผนร่วม และการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ซึ่งควรวางไว้ตั้งแต่วันแรกที่ อสพ. ลงพื้นที่ ซึ่งบริบทภาคกลางมีทั้งพื้นที่กึ่งเมือง กึ่งชนบท ชุมชนแรงงานข้ามถิ่น และตำบลที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง จึงเป็นพื้นที่เรียนรู้ที่มีคุณค่าต่อการถอดบทเรียนครั้งนี้

วารสารฉบับนี้ยังรวบรวมบทความวิชาการด้านสาธารณสุขไว้อีกหลากหลาย ซึ่งกองบรรณาธิการหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ พร้อมกันนี้ขอเชิญชวนนักวิจัยและบุคลากรสาธารณสุข ร่วมส่งผลงานวิชาการในการทำงานด้านสาธารณสุขและผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในฉบับต่อ ๆ ไป

บรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)
สิงหาคม 2569

สารบัญ

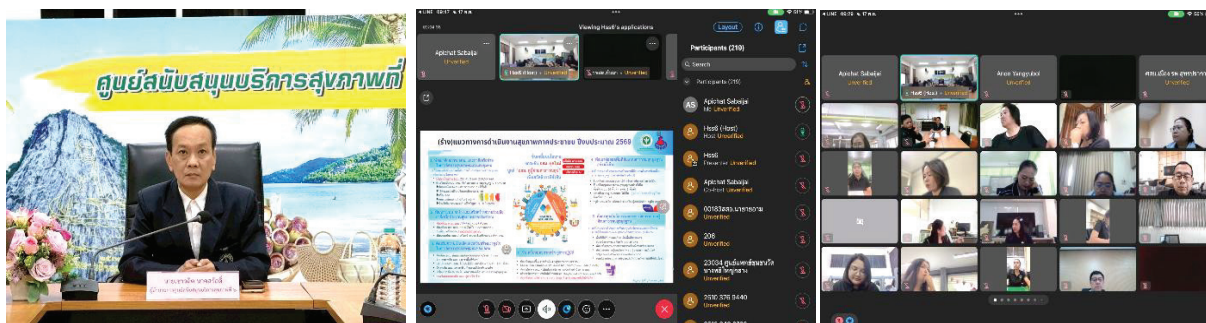
- แกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพชุมชน เขตสุขภาพที่ 6 **3**
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหารต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหาร
ในโรงเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย
 วรินทร์วิภา มุลทองศรี, อาทิตย์ บัวระภา, สุนิสา คำประสิทธิ์, นิตยา มลอยู่พะเนา..... **5**
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์
 จุฑามาศ ไพรวัลย์..... **15**
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วย
 การประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบการโรคศิลปะ
 ณอมทรัพย์ ภักดีพล, ชยาภรณ์ ศรีสมุทรนาค **26**
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิต
 ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดชลบุรี
 ชัยนันท์ เหมือนเพชร, เพียงรวี กิ่งแก้ว, ภัทธนันท์ เทียบเคียง..... **38**
- การเปรียบเทียบทักษะซอฟต์แวร์สเกลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา
 ญาณันธร กราบทิพย์, พันธะกานต์ ยืนยง, นฤนาท ยืนยง **50**

แกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพชุมชน เขตสุขภาพที่ 6

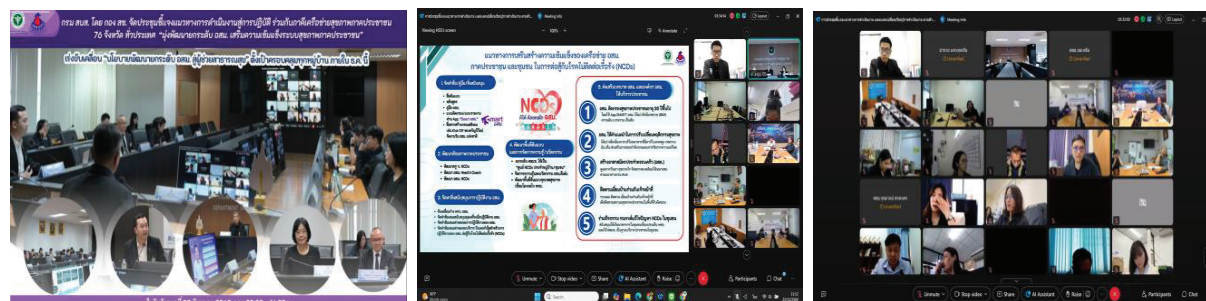
รวบรวม/เรียบเรียงโดย นายอภิชาติ สบายใจ
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย พ.ศ.2569 เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพเชิงพื้นที่ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรง โดยเพิ่มศักยภาพ อสม. เพื่อส่งเสริมงานสุขภาพเชิงรุกในชุมชน และยกระดับการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เชิงบูรณาการ เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น และขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ ทบพท อสม. ให้เป็นผู้ช่วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการบริหารจัดการและสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. โดยมีกระบวนการดำเนินงานการพัฒนา ดังนี้

1. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน **“การพัฒนาศักยภาพ อสม.และภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน”** กับเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 6 ในวันจันทร์ที่ 17 พฤศจิกายน 2568 ณ ห้องประชุมศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 และผ่านระบบออนไลน์



2. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 เข้าร่วมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ **“การพัฒนาระดับ อสม.”** ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ในวันอังคารที่ 23 ธันวาคม 2568 ผ่านระบบออนไลน์เพื่อรับมอบนโยบาย และแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.



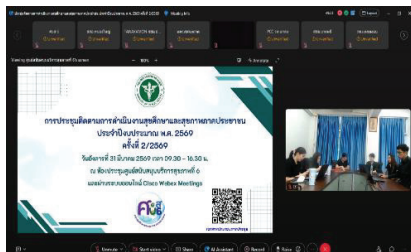
3. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ดำเนินการจัดทำแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย อสม. ภาคประชาชน และชุมชน ในการต่อสู้กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อส่งเสริมสนับสนุน อสม.ในพื้นที่ ตามบทบาทที่กำหนด ลงพื้นที่ติดตาม และเยี่ยมเสริมพลัง มีการดำเนินงาน ดังนี้

- 1). การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป
- 2). การให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 3). การสร้างอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสมค.)
- 4). การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่
- 5). การร่วมกิจกรรม ธารงศ์ แก้ไขปัญหา NCDs ในชุมชน



4. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ 6 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ผ่าน Info ติดตามผลการดำเนินงาน เป็นรายวัน และประชุมติดตาม ความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน “ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการ สุขภาพชุมชน” เขตสุขภาพที่ 6 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ร่วมกับเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพ ภาคประชาชนทุกระดับ ในเขตสุขภาพที่ 6 ณ ห้องประชุมศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 และผ่านระบบออนไลน์ จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1/2569 ในวันศุกร์ที่ 30 มกราคม 2569
- ครั้งที่ 2/2569 ในวันอังคารที่ 31 มีนาคม 2569
- ครั้งที่ 3/2569 ในวันศุกร์ที่ 8 พฤษภาคม 2569



5. ผลการดำเนินงาน “ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพชุมชน” เป้าหมาย ร้อยละ 75 จากจำนวนตามโควตา อสม. เจริญรุ่ง ปี พ.ศ.2569 แกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพ ชุมชน จำนวน 63,244 คน คิดเป็นร้อยละ 83.44 โดย อสม. สามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาท 5 บทบาท ดังนี้ บทบาทพื้นฐาน

- 1). คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้ 69,293 คน
- 2). ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ 64,195 คน

บทบาทเพิ่มเติม

- 1). การสร้างอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสมค.) ได้ 56,303 คน
- 2). การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ ได้ 44,326 คน
- 3). การร่วมกิจกรรมรณรงค์แก้ไขปัญหาน CDs ในชุมชน ได้ 51,404 คน



ที่มา : ระบบรายงาน 3 หมอ รู้จักคุณ ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2569)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหารต่อความรู้และพฤติกรรม ของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย IMPACT OF A FOOD SANITATION PROGRAM ON KNOWLEDGE AND BEHAVIOR OF PRIMARY SCHOOL FOOD HANDLERS MUEANG LOEI DISTRICT, LOEI PROVINCE

วรินทร์ฐิษา มุลกงศรี, อาทิตย์ บัวระภา, สุณิสา คำประสิทธิ์ และนิตยา มลอยู่พะเนา
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเลย

VARINTHISA MOONKONGSRI, ARTHIT BUARAPA, SUNISA KAMPASIT, NITTAYA MOLYOOPANAO
SOCIAL MEDICAL DEPARTMENT, LOEI HOSPITAL

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้การจัดการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริม 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริม และ 3) เพื่อศึกษาผลตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร น้ำดื่ม ภาชนะใส่อาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร ในโรงเรียนประถมศึกษา ประชากรผู้สัมผัสอาหาร ในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 80 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความรู้สุขาภิบาลอาหารและสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร 3) แบบวัดการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารและสุขวิทยาส่วนบุคคลผู้สัมผัสอาหาร 4) แบบบันทึกตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร น้ำดื่ม ภาชนะใส่อาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้สัมผัสอาหารมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ยร้อยละ 67.60 (SD=7.65) เป็น 80.80 (SD=6.90) และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 3.40 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.64 (ระดับดี) ผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียพบว่า อาหารและมือผู้สัมผัสอาหารมีการปนเปื้อนร้อยละ 20 ภาชนะร้อยละ 25 และน้ำดื่ม ไม่พบการปนเปื้อนร้อยละ 100 สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหารมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และปรับปรุงพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหาร เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสุขาภิบาลอาหารในสถานศึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยอาหารในโรงเรียนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : สุขาภิบาลอาหาร, ผู้สัมผัสอาหาร, โรงเรียนประถมศึกษา, โคลิฟอร์มแบคทีเรีย, ความรู้, พฤติกรรม

Abstract

This quasi-experimental study aimed to: 1) compare food handlers' knowledge of food sanitation management in primary schools before and after a promotion program; 2) compare their food sanitation and personal hygiene practices before and after the program; and 3) examine coliform bacterial contamination in food, drinking water, food containers, and handlers' hands. The population comprised 80 food handlers from primary schools in Kud Pong Subdistrict, Mueang District, Loei Province, Thailand. Research instruments included: 1) general information questionnaire; 2) knowledge assessment on food sanitation and personal hygiene; 3) practice assessment on food sanitation and personal hygiene; and 4) coliform contamination recording form. Data were analyzed using Paired t-test.

Results showed significant improvements in food handlers' knowledge ($p < 0.001$), from a mean of 67.60% (SD = 7.65) to 80.80% (SD = 6.90), and practices ($p < 0.001$), from a mean of 3.40 (moderate level) to 3.64 (good level). Coliform contamination was detected in 20% of food and hands, 25% of containers, and 0% of drinking water.

In conclusion, the food sanitation promotion program effectively enhanced knowledge and practices among food handlers, providing a model for developing school-based sanitation programs and supporting sustainable food safety initiatives in educational settings.

Keywords : Food sanitation, Food handlers, Primary schools, Coliform bacteria, Knowledge, Behavior

บทนำ

สุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนระดับประถมศึกษา มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยเจริญเติบโต เนื่องจากโรงเรียนเป็นสถานที่ที่นักเรียนรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน หากอาหารหรือเครื่องดื่มมีการปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารอันตราย อาจก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหารได้ (World Health Organization, 2008) ดังนั้น การจัดการสุขาภิบาลอาหารจึงต้องครอบคลุมสถานที่ปรุงอาหาร วัตถุดิบ ภาชนะอุปกรณ์ ผู้สัมผัสอาหาร และสิ่งแวดล้อม โดยผู้สัมผัสอาหารเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมความปลอดภัยของอาหาร แนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (Global Standards for Health Promoting Schools: GSHPs) ถูกนำมาใช้เพื่อยกระดับระบบสุขาภิบาลอาหาร และลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของนักเรียน (World Health Organization & UNESCO, 2021)

รายงานการสำรวจในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจำนวน 293 แห่ง พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร น้ำดื่ม น้ำแข็ง ภาชนะ และมือผู้สัมผัสอาหารในสัดส่วนค่อนข้างสูง อีกทั้งโรงอาหารส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยเฉพาะในภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติจริง รวมถึงข้อจำกัดด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2566)

การทบทวนวรรณกรรมด้านโปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนพบว่าโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพควรมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหาร โดยครอบคลุมกลวิธีทั้งการอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (สมหวัง รุ่งตระกูลชัย และคณะ,

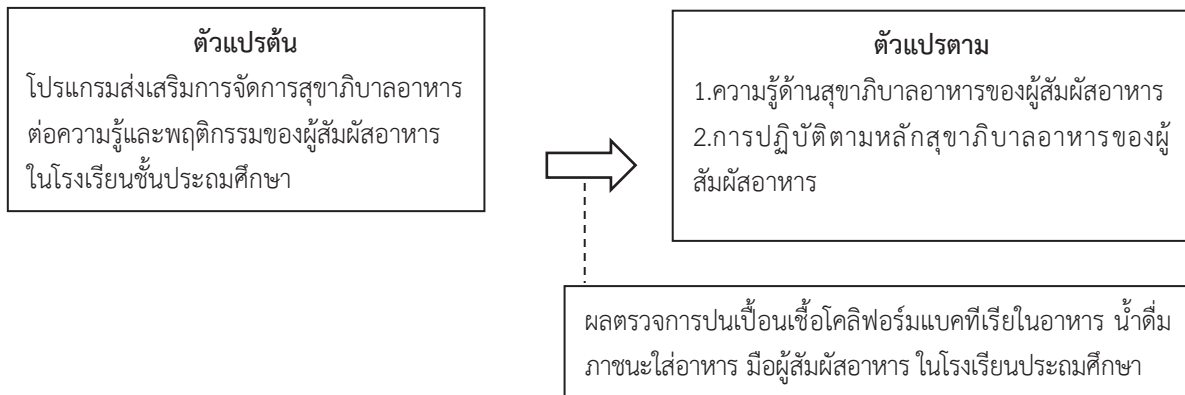
2563) จากการศึกษาระยะยาว พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมคือ การมีส่วนร่วมของผู้บริหารสถานศึกษา ความต่อเนื่องของโปรแกรม และการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สัมผัสอาหาร (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2564)

ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษในกลุ่มนักเรียนเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โดยมีความเชื่อมโยงกับการรับประทานอาหารเช้าในโรงเรียน และตรวจพบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร น้ำดื่ม และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งยังพบข้อจำกัดด้านระบบสุขาภิบาลอาหาร เช่น การขาดบ่อพักไขมัน การตรวจสุขภาพผู้ปรุงอาหาร และการประเมินมาตรฐานที่ไม่ต่อเนื่อง แม้จะมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่แล้ว แต่ยังขาดการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหารต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านอาหารในสถานศึกษาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การจัดการสุขาภิบาลอาหารผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริม
3. เพื่อศึกษาผลตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร น้ำดื่ม ภาชนะใส่อาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร ในโรงเรียนประถมศึกษา

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

สมมติฐาน

1. ผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหาร มีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหาร มีพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดความเสี่ยงในการปนเปื้อนเชื้อโรคในอาหารและน้ำดื่ม ลดโอกาสการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคระบบทางเดินอาหาร
2. ลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากอาหารเป็นพิษในเด็กนักเรียน ส่งผลให้นักเรียนมีสุขภาพดี ไม่ขาดเรียนจากอาการป่วย
3. ส่งเสริมสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้สะอาดปลอดภัย มีผลต่อการสร้างโรงเรียนปลอดโรคและน่าอยู่ เกิดความไว้วางใจจากผู้ปกครอง
4. สร้างพฤติกรรมสุขาภิบาลที่ยั่งยืนในระยะยาว ในสถานศึกษา เมื่อบุคลากรมีความรู้และปฏิบัติต่อเนื่อง จะเกิดวัฒนธรรมองค์กรที่ใส่ใจสุขาภิบาล

5. เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนอื่น ๆ หากโปรแกรมประสบผลสำเร็จสามารถนำไปขยายผลในระดับเขต จังหวัด หรือระดับประเทศได้

วิธีการศึกษา

1) **เครื่องมือที่ใช้** ศึกษาในกลุ่มผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย 80 คน ตั้งแต่ เดือน สิงหาคม 2568 ถึงเดือน ธันวาคม 2568 และผู้วิจัยได้สร้างแบบทดสอบความรู้และพฤติกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเป็นผู้สัมผัสอาหาร รายได้เฉลี่ย และประวัติการอบรมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้สุขาภิบาลอาหารและสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารและสุขวิทยาส่วนบุคคลผู้สัมผัสอาหาร และส่วนที่ 4 แบบบันทึกการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียเก็บตัวอย่างโดยชุดตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรีย 13

2) **วิธีการศึกษา** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test post-test design) มีวิธีการศึกษา ดังนี้

ประชากร ผู้สัมผัสอาหาร ในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สัมผัสอาหารที่ปฏิบัติงาน ในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 80 คน เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทุกแห่ง

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยเข้าโครงการ (inclusion Criteria)

- อายุ 20-59 ปี
- สามารถอ่านออก เขียนได้
- เป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- เป็นผู้สัมผัสอาหารที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนประถมศึกษา รับผิดชอบการประกอบอาหาร จัดเตรียม และแจกจ่ายอาหารให้กับนักเรียน

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- วางแผนย้ายสถานที่ปฏิบัติงานนอกพื้นที่ศึกษา เปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบ ลาออก ระหว่างการวิจัย
- ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ หยุดงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด

เกณฑ์การให้เลิกจากโครงการ (Discontinuation criteria)

- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบทุกกิจกรรม
- ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม**

1. ขั้นเตรียมการ

1. ติดต่อประสานงานกลุ่มเป้าหมาย ในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ดำเนินการประชุมชี้แจงรายละเอียด ในการทำวิจัย และวิธีดำเนินงานให้แก่กลุ่มตัวอย่าง
3. ขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่ พร้อมทั้ง จัดเตรียมสถานที่

2. ขั้นดำเนินการ

1. เดือนที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหารแบ่งเป็นการเรียนรู้ 5 หมวด และฝึกปฏิบัติจริง จำนวน 2 วัน

2. เดือนที่ 2 ติดตามเยี่ยมประเมินสุขาภิบาลอาหารตามมาตรฐานและให้คำแนะนำ ตามแบบประเมินของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย

3. เดือนที่ 3 ทดสอบความรู้และพฤติกรรม หลังเข้าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้เรียบเรียงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้แก่ นักวิชาการที่เกี่ยวข้องทางด้านระเบียบวิธี วิจัย จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence Index) โดยรวมเท่ากับ 0.80 และผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ จากการศึกษาของ วันเฉลิม รัตนวงษ์ (2557) เรื่อง การศึกษาระดับความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร และคุณภาพอาหารพร้อมบริโภคในแผงจำหน่ายอาหารภายในโรงอาหารวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลสถานที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) มีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.817

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย เลขที่ EC018/2568 มีมติรับรองเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบที่ระดับ 0.05 และคำนวณช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI) 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบที่ระดับ 0.05 และคำนวณช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษา ตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 55 คน ร้อยละ 68.75 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 25 คน ร้อยละ 31.25 ส่วนใหญ่อายุ 50 ปี จำนวน 25 คน ร้อยละ 31.25 อายุเฉลี่ย 40.7 ปี (SD = 12.51) สถานภาพสมรส จำนวน 41 คน ร้อยละ 51.25 การศึกษาสูงสุดอยู่ใน

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 31.25 ประสบการณ์การเป็นผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 25 คน ร้อยละ 31.25 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ มากกว่า 12,000 บาทขึ้นไป จำนวน 27 คน ร้อยละ 33.75 เฉลี่ย 10,725.09 บาท มีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 59 คน ร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่เคยอบรมมากกว่า 3 ครั้ง จำนวน 33 คน ร้อยละ 55.93

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม Mean ± SD	หลังเข้าโปรแกรม Mean ± SD	t	p-value
ระดับความรู้	67.60 ± 7.65	80.80 ± 6.90	-13.87	< 0.001

จากตารางผลการเปรียบเทียบความรู้ พบว่า ผู้สัมผัสอาหารมีค่าเฉลี่ยของความรู้สุขาภิบาลอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 67.60 (SD=7.65) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

80.80 (SD = 6.90) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -13.87$, $p < 0.001$)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

พฤติกรรม	ก่อนเข้าโปรแกรม Mean ± SD	หลังเข้าโปรแกรม Mean ± SD	t	p-value
ระดับการปฏิบัติ	3.40 ± 0.23	3.64 ± 0.24	-11.12	< 0.001

จากตารางผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม พบว่า ก่อนการเข้าโปรแกรม ผู้สัมผัสอาหารมีระดับการปฏิบัติปานกลาง (Mean = 3.40, SD = 0.23) และหลังการเข้าโปรแกรม ผู้สัมผัสอาหารมีระดับการปฏิบัติดี (Mean = 3.64, SD = 0.24) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม

ด้านสุขาภิบาลอาหารก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนพฤติกรรมหลังการเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -11.12$, $p < 0.001$)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร น้ำดื่ม ภาชนะใส่อาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร

ตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง	ผลการตรวจ	
		ไม่พบการปนเปื้อน จำนวน(ร้อยละ)	พบการปนเปื้อน จำนวน(ร้อยละ)
อาหาร	10	8 (80)	2 (20)
น้ำ	8	8 (100)	0 (0)
ภาชนะ	40	30 (75)	10 (25)
มือผู้สัมผัสอาหาร	80	64 (80)	16 (20)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขาภิบาลอาหารต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย
วรินทร์ฐิชา มุลกอนศรี, อาทิตย์ บัวระภา, สุนิสา คำประสิทธิ์ และนิตยา มลอยู่พะเนา

จากตารางผลการตรวจการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ทั้งหมด 138 ตัวอย่าง อาหารจำนวน 10 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 8 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80 พบการปนเปื้อนจำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20 น้ำดื่ม จำนวน 8 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ภาชนะใส่อาหาร จำนวน 40 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียจำนวน 30 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 75 พบการปนเปื้อนจำนวน 10 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 25 และมีผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 80 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 64 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80 พบการปนเปื้อนจำนวน 16 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) การเรียนรู้เกิดจากการสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่น (Modeling) ร่วมกับปัจจัยกระตุ้น เช่น การให้รางวัล หรือการสร้างความตระหนักรู้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้ฝึกสอนทำหน้าที่เป็นแบบอย่าง (Model) ในการสาธิตพฤติกรรม เช่น การล้างมือ การแยกอาหารดิบ-สุก และการเก็บรักษาอาหาร ทำให้เกิดการเลียนแบบและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากความตระหนักรู้สู่การปฏิบัติจริง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรเดช ศรีสุวรรณ (2564) ที่พบว่าโปรแกรมสุขภาพอาหารที่เน้นการฝึกอบรมต่อเนื่องสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักสุขภาพได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะด้านการล้างมือ การแยกอาหารดิบ-สุก และ

การเก็บรักษาอาหารในอุณหภูมิที่เหมาะสม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของหลักสุขภาพอาหาร 5 ปัจจัยที่กรมอนามัยกำหนด โปรแกรมในครั้งนี้ออกแบบการเรียนรู้ 5 หมวด ครอบคลุมทั้งด้านสถานที่ อาหาร ภาชนะ สุขลักษณะส่วนบุคคล และการควบคุมสัตว์แมลงนำโรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ สุขุมลย์ วงศ์กมล (2563) ที่ชี้ว่าการบูรณาการการบรรยายกับ กิจกรรมเชิงปฏิบัติช่วยให้ผู้สัมผัสอาหารเกิดการเรียนรู้ อย่างลึกซึ้ง และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้สู่การ ปฏิบัติได้ดีขึ้น โปรแกรมในครั้งนี้ออกแบบกิจกรรมฝึก ปฏิบัติจริงในทุกหมวด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ยังพบ "ปัจจัย ที่เป็นอุปสรรค" เช่น ข้อจำกัดด้านโครงสร้างกายภาพ ของห้องครัวโรงเรียน, ภาระงานที่มากเกินไปของผู้ สัมผัสอาหาร หรือพฤติกรรมความเคยชินเดิมที่เปลี่ยนยาก ทั้งนี้ การติดตามประเมินในเดือนที่ 2 ยังช่วยเสริมสร้าง ความต่อเนื่องของการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรม ที่ระบุว่า "ความต่อเนื่องของโปรแกรม" เป็นปัจจัยสำคัญ ต่อความสำเร็จ

ผลการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรีย สอดคล้อง กับงานวิจัยระดับนานาชาติของ Mukhopadhyay & Chatterjee (2018) ที่พบว่า การส่งเสริมสุขภาพอาหารในโรงเรียนสามารถลดการปนเปื้อนเชื้อโรคใน อาหารและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ การลด การปนเปื้อนโคลิฟอร์มเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึง ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยรวม เนื่องจาก โคลิฟอร์มเป็นตัวบ่งชี้การปนเปื้อนจากอุจจาระ ซึ่งเชื่อมโยงกับโรคระบบทางเดินอาหารที่พบเพิ่มขึ้น ในพื้นที่ศึกษา

เปรียบเทียบงานวิจัยของอุมพร ฉัตรวิโรจน์ และคณะ (2565) โดยงานวิจัยนี้ไม่ได้ประเมินผลเพียงระยะสั้นภายหลังสิ้นสุดการอบรมเท่านั้น แต่ได้มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในเดือนที่ 2 และ 3 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรม” (retention and sustainability) ได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น ในขณะที่งานวิจัยส่วนใหญ่ประเมินผลทันทีหลังการอบรม การติดตามต่อเนื่องของการศึกษาค้นคว้าจึงถือเป็นจุดเด่นสำคัญที่ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมสุขภาพอาหาร ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนและฝังเป็นนิสัย การที่คะแนนยังคงอยู่ในระดับสูงหลังจากผ่านไป 2-3 เดือน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมไม่ได้เพียงสร้างความรู้ แต่สามารถส่งเสริมให้เกิดการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แนวทางดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เน้น “การเสริมแรงและการติดตาม” (reinforcement and follow-up) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้พฤติกรรมใหม่เกิดความยั่งยืน

สรุปผล

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการสุขภาพอาหารต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาตำบลกุดดอง อำเภอมือง จังหวัดเลย จำนวน 80 คน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test post-test design) ผลการศึกษา พบว่าผู้สัมผัสอาหารมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย

ร้อยละ 67.60 (SD=7.65) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็นร้อยละ 80.80 (SD=6.90) หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยระดับความรู้หลังโปรแกรมอยู่ในเกณฑ์ “สูง” ตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพอาหาร 5 ปัจจัย ได้แก่ บุคคล อาหาร ภาชนะอุปกรณ์ สถานที่ปรุงประกอบ และสัตว์เมลงนำโรค

ด้านพฤติกรรม ผู้สัมผัสอาหารมีระดับการปฏิบัติตามหลักสุขภาพอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 3.40 (ระดับปานกลาง) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็น 3.64 (ระดับดี) หลังเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติได้ แม้ยังไม่ถึงระดับ “ดีมาก” (4.21-5.00) แต่การเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวกสะท้อนถึงการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติจริงในบริบทการทำงาน

ผลการตรวจการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด 138 ตัวอย่าง อาหารจำนวน 10 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 8 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80 พบการปนเปื้อนจำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20 น้ำดื่ม จำนวน 8 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ภาชนะใส่อาหาร จำนวน 40 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียจำนวน 30 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 75 พบการปนเปื้อนจำนวน 10 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 25 และมีผู้สัมผัสอาหารจำนวน 80 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จำนวน 64 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 80 พบการปนเปื้อนจำนวน 16 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20

การติดตามหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่มีการปรับปรุงด้านสถานที่ อาหาร และอุปกรณ์ตามเกณฑ์กรมอนามัย แต่ยังมีข้อจำกัด ด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น โรงเรียนร้อยละ 37.5 มีตู้เย็น ขนาดไม่เพียงพอในการรักษาอุณหภูมิเนื้อสัตว์สดให้ ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส และร้อยละ 37.5 มีพื้นที่ครัวแคบ ส่งผลต่อการแยกพื้นที่เตรียมอาหาร รวมถึงการจัดเก็บ วัสดุ อุปกรณ์ ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. นำโปรแกรม 5 หมวดสุขภาพอาหารมา เป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศผู้สัมผัสอาหารใหม่ และจัดทบทวนทุก 1 ปี พร้อมจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน
2. จัดประชุมผู้บริหารสถานศึกษาเพื่อสร้าง ความตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุน งบประมาณและการติดตาม รวมไปถึงการพัฒนาโครงสร้าง พื้นฐาน ในการปรับปรุงครัวให้มีพื้นที่เป็นสัดส่วน
3. แต่งตั้งบุคลากรเป็น "ผู้ตรวจสุขภาพ" ประจำโรงเรียน ตรวจสอบประเมินตามเกณฑ์กรมอนามัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายระยะเวลาติดตามผล ติดตามประเมินผล 6 และ 12 เดือนหลังโปรแกรม เพื่อประเมินความ ยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ประยุกต์โปรแกรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิจัยเพื่อปรับโปรแกรมสุขภาพอาหารให้เหมาะสม กับบริบทศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้าน ประเภทอาหาร จำนวนเด็กต่อผู้ดูแล และข้อกำหนด ด้านความปลอดภัยที่เข้มงวดกว่าโรงเรียนประถม

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, ฐิติพงษ์ บุญประเสริฐ, และ พรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ: การศึกษาติดตาม ระยะยาว 3 ปี. *วารสารสาธารณสุขและการ พัฒนา*, 19(2), 35-49.
- วันเฉลิม รัตนวงษ์. (2557). *การศึกษาระดับความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร และคุณภาพอาหารพร้อมบริโภค ในแผงจำหน่ายอาหารภายในโรงอาหารวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์)*. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2566). *รายงานผลการสำรวจสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม ในโรงเรียน ปีงบประมาณ. เข้าถึงได้จาก* <https://hpe.anamai.moph.go.th>
- สมหวัง รุ่งตระกูลชัย, สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ, และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(2), 14-27.
- สุรเดช ศรีสุวรรณ. (2564). ผลกระทบของโปรแกรมสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมสุขาภิบาล ในโรงเรียน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ*, 18(1), 45-56.
- สุขุมลย์ วงศ์กมล. (2563). การประเมินผลโปรแกรมสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 14(2), 89-97.

- อุมาพร ฉัตรวิโรจน์, สมชาย แก้วเจริญไพศาล, และ สุพรรณิ จันทร์แดง. (2565). ผลของโปรแกรม การพัฒนาศักยภาพผู้สัมผัสอาหารต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน ประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(3), 553-566.
- Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Mukhopadhyay, K., & Chatterjee, S. (2018). School-based food safety interventions and their impact on hygiene practices among primary school students. *International Journal of Public Health*, 63(4), 435-442.
- World Health Organization. (2008). *Foodborne disease outbreaks: Guidelines for investigation and control*. World Health Organization.
- World Health Organization, and United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2021). *Global standards for health promoting schools*. WHO.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper & Row.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้น
ก่อนถึงโรงพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์
FACTORS ASSOCIATED WITH SURVIVAL OUTCOMES IN
OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST: A RETROSPECTIVE STUDY IN
BURIRAM HOSPITAL

จุฑามาศ ไพรวัลย์
แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์
CHUTHAMAS PRAIWAN
EMERGENCY MEDICINE DEPARTMENT, BURIRAM HOSPITAL, THAILAND

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest: OHCA) เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรอดชีวิตและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตของผู้ป่วย OHCA ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2565 - วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 139 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาลมีอัตราการกลับมาของการไหลเวียนโลหิตเอง (Return of Spontaneous Circulation: ROSC) ร้อยละ 27.34 และ อัตราการรอดชีวิต จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 8.63 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ การมีพยานเห็นเหตุการณ์ การได้รับเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) ก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะเวลาขนส่ง ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการช่วยชีวิตในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล โดยควรส่งเสริมการทำ CPR โดยประชาชน เพิ่มการเข้าถึง AED และพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล, การรอดชีวิต, การช่วยฟื้นคืนชีพ, เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ, ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

Out-of-Hospital Cardiac Arrest (OHCA) is a life-threatening emergency associated with a high mortality rate. This retrospective analytical study aimed to investigate survival outcomes and analyze factors associated with survival among OHCA patients at Buriram Hospital. Data were collected from medical records and the emergency patient database between January 1, 2022, and December 31, 2024. A total of 139 patients were included in the study. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results revealed that the rate of Return of Spontaneous Circulation (ROSC) among OHCA patients was 27.34%, while the survival rate to hospital discharge was 8.63%. Factors significantly associated with survival outcomes included age, witnessed arrest, prehospital Automated External Defibrillator (AED) use, and transport time ($p < 0.05$).

These findings emphasize the importance of early prehospital interventions. Promoting bystander cardiopulmonary resuscitation (CPR), increasing accessibility to AEDs, and improving emergency medical services (EMS) systems may enhance survival outcomes among OHCA patients.

Keywords : Out-of-Hospital Cardiac Arrest, Survival, Cardiopulmonary Resuscitation, Automated External Defibrillator, Emergency Medical Services

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest: OHCA) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์ประมาณ 55-113 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และมีอัตราการรอดชีวิตจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 8-10 (Gräsner et al., 2016) แม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง แต่ผลลัพธ์การรักษายังคงอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการผู้ป่วยในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล

แนวคิด “Chain of Survival” ได้ถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยเน้นการรับรู้ภาวะฉุกเฉินและการแจ้งเหตุอย่างรวดเร็ว การเริ่มทำ CPR โดยผู้พบเห็นเหตุการณ์ การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) อย่างทันท่วงที และการดูแลขั้นสูงภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cummins et al., 1991; Perkins et al., 2021) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีการระบุปัจจัยสำคัญ เช่น อายุ การมีพยานเห็นเหตุการณ์ การได้รับ CPR และการเข้าถึง AED แต่ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบริบท โดยเฉพาะในประเทศที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบบริการ (Myat et al., 2018; Ong et al., 2015)

ในบริบทของประเทศไทย อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย OHCA ยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับหลายประเทศพัฒนาแล้ว โดยข้อมูลทะเบียนระดับประเทศรายงานอัตราการรอดชีวิตประมาณร้อยละ 2-5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้าถึง CPR โดยประชาชนที่ยังจำกัด ความล่าช้าในการตอบสนองของระบบ EMS และการขาดแคลน AED ในพื้นที่สาธารณะ (Thai Cardiac Arrest Registry, 2020; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2566) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังเป็นการรายงานภาพรวมระดับประเทศหรือระดับศูนย์ขนาดใหญ่ ขณะที่ข้อมูลเชิงวิเคราะห์ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทกึ่งชนบท ยังมีจำกัด

จังหวัดบุรีรัมย์เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะกึ่งชนบท และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ระบบ EMS ต้องครอบคลุมพื้นที่กว้าง ส่งผลให้ระยะเวลาการเข้าถึงผู้ป่วยในบางพื้นที่ล่าช้า ซึ่งอาจมีผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ จากข้อมูลผู้ป่วย OHCA ที่นำส่งโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 139 ราย สะท้อนปัญหาสำคัญของพื้นที่ที่ควรได้รับการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ (research gap) โดยการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตของผู้ป่วย OHCA ในระดับโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

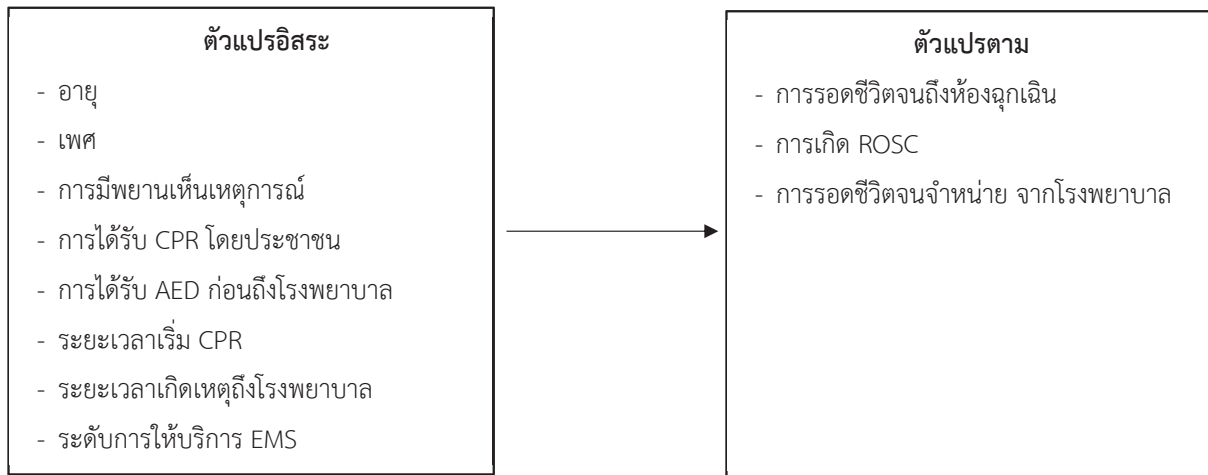
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการรอดชีวิตจนถึงห้องฉุกเฉินและการรอดชีวิตจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest: OHCA) ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตของผู้ป่วย
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยตามปัจจัยสำคัญ

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest: OHCA) ในจังหวัดบุรีรัมย์ และสามารถระบุปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิต ได้แก่ การได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) จากประชาชน เวลาตอบสนองของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ลักษณะการให้บริการของ EMS และระยะเวลาที่หัวใจหยุดเต้นก่อนเริ่ม CPR

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดทั้งในด้านการวางแผนแนวทางปฏิบัติ การเสริมสร้างการฝึกอบรม CPR แก่ประชาชน และการเพิ่มการเข้าถึงเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) ในพื้นที่สาธารณะหรือจุดเสี่ยง

3. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยมุ่งลดความล่าช้าในกระบวนการช่วยชีวิต ซึ่งอาจส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดภาวะพิการภายหลังการช่วยชีวิต

4. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายในการกำหนดมาตรการหรือกลยุทธ์เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดและระดับประเทศ รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล (OHCA) และถูกนำส่งมายังห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีจำนวนประชากรทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์จำนวน 139 ราย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษาในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 139 ราย จึงเป็นการเก็บข้อมูลแบบประชากรทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ (total population sampling) ไม่ใช้การสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือกข้อมูล Inclusion criteria คือ

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest: OHCA) ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567
2. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานอกระบบฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567
3. เวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วนตามตัวแปรที่กำหนดในการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นภายในโรงพยาบาล (in-hospital cardiac arrest)
2. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ (traumatic cardiac arrest)
3. เวชระเบียนที่มีข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถระบุผลลัพธ์ของการรอดชีวิตได้อย่างชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีลักษณะเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และแบบเติมข้อมูล (fill-in form) ไม่มีการให้คะแนนเชิงมาตรวัด เนื่องจากเป็นการบันทึกข้อมูลเชิงข้อเท็จจริง (objective data)

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาถูกกำหนดและจำแนกอย่างชัดเจนเป็นตัวแปรเชิงหมวดหมู่ (categorical variables) และตัวแปรเชิงปริมาณ (continuous variables) โดยตัวแปรเชิงหมวดหมู่ถูกกำหนดรหัส (coding) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น เพศ (ชาย/หญิง) การมีพยานเห็นเหตุการณ์ (มี/ไม่มี) การได้รับ CPR (ได้รับ/ไม่ได้รับ) และการใช้เครื่อง AED (ใช้/ไม่ใช้) ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ และระยะเวลาถูกบันทึกเป็นค่าตัวเลขและนำไปวิเคราะห์ตามความเหมาะสม

แบบบันทึกข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินและการวิจัยทางการแพทย์ เพื่อประเมินความครอบคลุมและความเหมาะสมของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง ทั้งนี้ เนื่องจากเครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน จึงไม่มีการประเมินความเชื่อมั่นในลักษณะของเครื่องมือวัด (reliability)

เครื่องมือแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (จำนวน 5 ข้อ)

ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ และโรคประจำตัวสำคัญ โดยเพศและโรคประจำตัวถูกบันทึกเป็นตัวแปรเชิงหมวดหมู่ ส่วนอายุถูกบันทึกเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์ขณะ

เกิดเหตุ (จำนวน 6 ข้อ) ประกอบด้วยสถานที่เกิดเหตุการณ์ มีพยานเห็นเหตุการณ์ การได้รับ CPR และการใช้ AED โดยตัวแปรดังกล่าวเป็นตัวแปรเชิงหมวดหมู่ ขณะที่ตัวแปรเวลา เช่น เวลาเริ่มเกิดเหตุและเวลาเริ่ม CPR ถูกบันทึกเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ และสามารถนำไปคำนวณระยะเวลาได้

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลด้านการนำส่งและกระบวนการบริการ (จำนวน 4 ข้อ) ประกอบด้วยเวลาที่หน่วย EMS ถึงที่เกิดเหตุ เวลาถึงโรงพยาบาล และระยะเวลาตั้งแต่เกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ รวมถึงระดับการให้บริการ (BLS/ALS) ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงหมวดหมู่

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก (จำนวน 3 ข้อ) ประกอบด้วยสถานะผู้ป่วยเมื่อถึงโรงพยาบาล ผลลัพธ์หลังการรักษา และผลลัพธ์ทางระบบประสาทโดยใช้เกณฑ์ Cerebral Performance Category (CPC score) ซึ่งจำแนกเป็นตัวแปรเชิงหมวดหมู่ และสามารถจัดกลุ่มผลลัพธ์เป็น good outcome (CPC 1-2) และ poor outcome (CPC 3-5) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ (เลขที่อนุมัติ: บร.0033.102.1/35) ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายเวชสถิติและห้องฉุกเฉิน เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และสอดคล้องกับหลักปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) โดยข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ไม่มีการติดต่อหรือแทรกแซงผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้ ข้อมูลผู้ป่วยได้รับการปกปิดตัวตนและเก็บรักษาเป็นความลับโดยนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมในลักษณะที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ (World Medical Association, 2013)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data collection) ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน รายงานการปฏิบัติงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และฐานข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละรายตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนดไว้ และบันทึกข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้องลงในแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) อย่างเป็นระบบ หลังจากนั้นมีการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงจัดหมวดหมู่นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลลัพธ์การรอดชีวิต โดยใช้การทดสอบ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

นอกจากนี้ ได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการรอดชีวิต โดยรายงานค่า Odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล (Out-of-Hospital Cardiac Arrest: OHCA) จำนวน 139 ราย โดยผลลัพธ์หลักของการศึกษา ได้แก่ อัตราการรอดชีวิตและการเกิดการกลับมาของการไหลเวียนโลหิตเอง (Return of Spontaneous Circulation: ROSC)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์

จุฑามาศ ไพรวลัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (n = 139)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	102 (73.38)
- หญิง	37 (26.62)
อายุ (ปี)	63.4 ± 11.8
การมีโรคประจำตัว	
- มี	114 (82.01)
- ไม่มี	25 (17.99)
สถานที่เกิดเหตุ	
- บ้าน	110 (79.14)
- ที่สาธารณะ	29 (20.86)
การมีพยานเห็นเหตุการณ์	
- มี	98 (70.50)
- ไม่มี	41 (29.50)

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น ส่วนใหญ่เกิดที่บ้าน ร้อยละ 79.14 และมีพยานเห็น เพศชาย ร้อยละ 73.38 อายุเฉลี่ย 63.4 ± 11.8 ปี และ เหตุการณ์ร้อยละ 70.50 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 82.01) โดยเหตุการณ์

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การรักษาและ Neurological Outcome (CPC score)

ผลลัพธ์	จำนวน (ร้อยละ)
เสียชีวิตใน ER/DOA	101 (72.66)
Admit ต่อ (IPD)	38 (27.34)
Discharge alive (รอดชีวิตกลับบ้าน)	12 (8.63)
CPC 1-2 (Good outcome)	11 (7.91)
CPC 3-5 (Poor outcome/Death)	128 (92.09)

จากตารางที่ 2 พบว่า อัตราการรอดชีวิตจนจำหน่าย ผลลัพธ์ทางระบบประสาทประเมินโดย Cerebralออกจากโรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 8.63 ซึ่งเป็นตัวแปร Performance Category (CPC) พบว่า ผู้ป่วยที่มีตามหลักของการศึกษา ขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิต ผลลัพธ์ดี (CPC 1-2) มีร้อยละ 7.91 ในห้องฉุกเฉินหรือก่อนถึงโรงพยาบาล (ร้อยละ 72.66)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีการกลับมาของการไหลเวียนโลหิตเอง (Return of Spontaneous Circulation: ROSC) และไม่มี ROSC

ตัวแปร	ROSC (n = 38) จำนวน (ร้อยละ)	No ROSC (n = 101) จำนวน (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p- value	สถิติที่ใช้
เพศชาย	28 (73.68)	74 (73.27)	1.02 (0.45– 2.30)	0.961	Chi-square
อายุ (ปี) เฉลี่ย $\pm$ SD	58.2 $\pm$ 10.5	65.4 $\pm$ 12.1	-	<0.05*	Independent t- test
มีพยานเห็น เหตุการณ์	32 (84.21)	66 (65.35)	2.84 (1.10– 7.30)	<0.05*	Chi-square
ได้รับ CPR หน่วยงาน	35 (92.11)	88 (87.13)	1.76 (0.48– 6.40)	0.403	Fisher's Exact
ได้รับ AED ก่อนถึง รพ.	8 (21.05)	2 (1.98)	13.30 (2.60– 67.90)	<0.01**	Fisher's Exact
ระยะเวลาเกิดเหตุ– ถึง รพ. (นาที)	28.5 $\pm$ 8.2	36.8 $\pm$ 10.4	-	<0.01**	Independent t- test
รูปแบบนำส่ง EMS (ALS)	35 (92.11)	86 (85.15)	2.03 (0.58– 7.10)	0.274	Fisher's Exact

* หมายเหตุ:

- * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีการกลับมาของการไหลเวียนโลหิตเอง (ROSC) พบว่า กลุ่มที่เกิด ROSC มีอายุเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกิด ROSC (58.2 ± 10.5 ปี เทียบกับ 65.4 ± 12.1 ปี, $p < 0.05$) มีสัดส่วนการมีพยานเห็นเหตุการณ์สูงกว่า (ร้อยละ 84.21 เทียบกับร้อยละ 65.35; OR = 2.84, 95% CI: 1.10–7.30, $p < 0.05$) และมีการได้รับ AED ก่อนถึงโรงพยาบาลสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 21.05

เทียบกับร้อยละ 1.98; OR = 13.30, 95% CI: 2.60–67.90, $p < 0.01$) นอกจากนี้ กลุ่มที่เกิด ROSC มีระยะเวลาเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่เกิด ROSC (28.5 ± 8.2 นาที เทียบกับ 36.8 ± 10.4 นาที, $p < 0.01$) ขณะที่เพศ การได้รับ CPR หน่วยงาน และรูปแบบการนำส่ง EMS ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression)

ตัวแปร	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุ	0.95	0.91–0.99	<0.05*
มีพยานเห็นเหตุการณ์	2.10	0.90–5.20	0.081
ได้รับ AED ก่อนถึง รพ.	8.75	1.45–52.80	<0.05*
ระยะเวลาเกิดเหตุ–ถึง รพ.	0.88	0.80–0.95	<0.01**

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 4 เมื่อควบคุมตัวแปรกวนด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับโอกาสการเกิด ROSC ในเชิงลดลง (Adjusted OR = 0.95, 95% CI: 0.91–0.99, $p < 0.05$) การได้รับ AED ก่อนถึงโรงพยาบาลเพิ่มโอกาสการเกิด ROSC อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR = 8.75, 95% CI: 1.45–52.80, $p < 0.05$) และระยะเวลาเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสการเกิด ROSC ที่ลดลง (Adjusted OR = 0.88, 95% CI: 0.80–0.95, $p < 0.01$) ส่วนการมีพยานเห็นเหตุการณ์ไม่คงความมีนัยสำคัญหลังควบคุมตัวแปรกวน ($p = 0.081$)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาลมีอัตราการกลับมาของการไหลเวียนโลหิตเอง (ROSC) ร้อยละ 27.34 และมีอัตราการรอดชีวิตจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 8.63 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระดับนานาชาติที่รายงานว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย OHCA โดยรวมยังอยู่ในระดับต่ำ แม้ระบบบริการฉุกเฉินจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Gräsner et al., 2016; Yan et al., 2020) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนความสำคัญของการช่วยชีวิตในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะการรับรู้เหตุการณ์ การเริ่ม CPR อย่างรวดเร็ว การเข้าถึง AED และการนำส่งผู้ป่วยภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับโอกาสการเกิด ROSC โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีโอกาสเกิด ROSC สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า

อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการลดลงของผลลัพธ์หลังภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคร่วมและสมรรถภาพทางสรีรวิทยาลดลง ทำให้การตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพและการฟื้นตัวหลังเหตุการณ์ฉุกเฉินลดลง (Larsen et al., 1993; Myat et al., 2018)

การได้รับเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) ก่อนถึงโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสการเกิด ROSC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลักฐานจากหลายประเทศที่ชี้ว่าการกระตุกไฟฟ้าหัวใจโดยเร็ว โดยเฉพาะในกรณีที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดที่ตอบสนองต่อการช็อกไฟฟ้า สามารถเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและผลลัพธ์ทางระบบประสาทที่ดีได้ (Hansen et al., 2015; Kitamura et al., 2010) ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนการเพิ่มจุดติดตั้ง AED และการอบรมประชาชนให้สามารถใช้ AED ได้อย่างถูกต้องในพื้นที่สาธารณะและชุมชน

ระยะเวลาเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ โดยระยะเวลาที่สั้นกว่ามีความสัมพันธ์กับโอกาสการเกิด ROSC ที่สูงกว่า สอดคล้องกับแนวคิด Chain of Survival ที่เน้นการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่การแจ้งเหตุ การทำ CPR การใช้ AED และการดูแลขั้นสูงอย่างรวดเร็ว (Cummins et al., 1991; Perkins et al., 2021) อย่างไรก็ตาม การมีพยานเห็นเหตุการณ์ไม่คงความมีนัยสำคัญหลังควบคุมตัวแปรกวนในการวิเคราะห์พหุตัวแปร อาจสะท้อนว่าการมีพยานเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากพยานไม่สามารถเริ่ม CPR หรือใช้ AED ได้อย่างทันท่วงที

ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าปัจจัยด้านเวลาและการเข้าถึง AED เป็นประเด็นสำคัญต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย OHCA ในบริบทโรงพยาบาลบุรีรัมย์ การพัฒนาระบบแจ้งเหตุและการตอบสนองของ EMS ควบคู่กับการสร้างทักษะ CPR และ AED ในประชาชน จึงอาจช่วยเพิ่มโอกาสการเกิด ROSC และการรอดชีวิตได้อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดจากการขาดข้อมูลตัวแปรสำคัญตามมาตรฐาน Utstein เช่น initial rhythm และ response time ซึ่งอาจส่งผลต่อการแปลผลและก่อให้เกิด residual confounding (Perkins et al., 2021)

ข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ การเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังซึ่งอาจมีปัญหาความครบถ้วนของข้อมูล ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด และการศึกษาในพื้นที่เดียว ซึ่งอาจจำกัดการสรุปผลในระดับทั่วไป

อย่างไรก็ตาม จุดแข็งของการศึกษานี้คือการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งแบบตัวแปรเดี่ยวและพหุตัวแปร ซึ่งช่วยให้สามารถระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการรอดชีวิตได้อย่างชัดเจน และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ได้

สรุปผล

ผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล มีอัตราการกลับมาของการไหลเวียนโลหิตเอง (Return of Spontaneous Circulation: ROSC) ร้อยละ 27.34 และมีอัตราการรอดชีวิตจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 8.63 โดยผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ทางระบบประสาทดี (Cerebral Performance Category: CPC 1-2) ร้อยละ 7.91

ในด้านลักษณะทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.38 มีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง 63.4 ± 11.8 ปี และมีโรคประจำตัวร้อยละ 82.01 โดยเหตุการณ์ส่วนใหญ่เกิดในที่พักอาศัยร้อยละ 79.14 และมีพยานเห็นเหตุการณ์ ร้อยละ 70.50

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด ROSC พบว่า การได้รับเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) ก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะเวลาเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) ขณะที่อายุและการมีพยานเห็นเหตุการณ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ การได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพหน้างาน (CPR) และรูปแบบการนำส่งของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิด ROSC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษาที่พบว่า อายุ การมีพยานเห็นเหตุการณ์ การได้รับเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจก่อนถึงโรงพยาบาล และระยะเวลาเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มี ROSC สามารถนำไปใช้ได้ดังนี้

1. ระดับนโยบายและผู้บริหารโรงพยาบาล ควรกำหนดนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึงโรงพยาบาล โดยกำหนดตัวชี้วัดด้านระยะเวลาเข้าถึงผู้ป่วยและระยะเวลานำส่ง เพื่อเพิ่มอัตราการเกิด ROSC และอัตราการรอดชีวิต
2. ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ควรพัฒนาระบบแจ้งเหตุและการตอบสนองให้รวดเร็ว ลดระยะเวลาเข้าถึงผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ AED เพื่อเพิ่มโอกาสการฟื้นคืนชีพ
3. ระดับชุมชนและสาธารณสุข ควรส่งเสริมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการใช้ AED แก่ประชาชน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเริ่มต้นช่วยชีวิตตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล
4. ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ควรจัดทำระบบฐานข้อมูลและติดตามตัวชี้วัดสำคัญ เช่น ROSC และอัตราการรอดชีวิต เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้า (prospective study) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลมาตรฐาน Utstein เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญ เช่น initial rhythm, response time, bystander CPR quality และระยะเวลาการใช้ AED อย่างครบถ้วน
2. ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลหรือพื้นที่อื่น เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทเมือง กึ่งชนบท และชนบท
3. ควรศึกษาผลของการอบรม CPR/AED ในประชาชนหรือระบบการติดตั้ง AED ต่ออัตราการเกิด ROSC การรอดชีวิต และผลลัพธ์ทางระบบประสาทในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. (1991). Improving survival from sudden cardiac arrest: the “chain of survival”. *Circulation*, 83(5), 1832–1847.
- Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Böttiger BW, Herlitz J, et al. (2016). EuReCa ONE—27 nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one-month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in Europe. *Resuscitation*, 105, 188–195.
- Hansen CM, Kragholm K, Granger CB, Pearson DA, Tyson C, Monk L, et al. . (2015). The role of bystander defibrillation in survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation*, 131(7), 622–629.
- Kitamura T, Iwami T, Kawamura T, Nagao K, Tanaka H, Hiraide A. ((2010). Nationwide public-access defibrillation in Japan. *New England Journal of Medicine*, 362(11), 994–1004.
- Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. (1993). Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: A graphic model. *Annals of Emergency Medicine*, 22(11), 1652–1658.
- Myat A, Song KJ, Rea T. (2018). Out-of-hospital cardiac arrest: Current concepts. *The Lancet*, 391(10124), 970–979.
- Ong MEH, Shin SD, De Souza NNA, Tanaka H, Nishiuchi T, Song KJ, et al. (2015). Outcomes for out-of-hospital cardiac arrests across Asia: The Pan-Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS). *Resuscitation*, 96, 100–108.
- Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161, 61–79.
- Thai Cardiac Arrest Registry. (2020). Annual report on out-of-hospital cardiac arrest in Thailand. Bangkok: Thai Resuscitation Council.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.
- Yan S, Gan Y, Jiang N, et al. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 24, 61.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะ

FACTORS RELATED TO THE DECISION-MAKING ON VOTING IN THE MEMBER OF COMMITTEE ON PROFESSIONS UNDER THE HEALING ARTS PRACTICES ACT TERM 2025 - 2029 AMONG HEALING ARTS PRACTITIONERS

ถนอมทรัพย์ ภักดีพล และชยาภรณ์ ศรีสมุทรนาค

กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

THANOMSUB PAKDEEPL AND CHAYAPORN SRISAMUTNAK

SANATORIUM AND HEALING ARTS DIVISION, DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะ และการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กับ การตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะ (3) ศึกษาข้อเสนอแนะในการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ประกอบโรคศิลปะที่มีสิทธิเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 จำนวน 780 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่า IOC เท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.946 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า (1) ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 49.80$, S.D. = 5.61) การตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 74.72$, S.D. = 7.02) (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สาขาการประกอบโรคศิลปะ และความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ($p < 0.001$) และ (3) ข้อคิดเห็นเชิงแนะนำของผู้ประกอบโรคศิลปะที่ใช้สิทธิในการลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพที่พบมากที่สุดได้แก่ ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องการทราบนโยบาย วิสัยทัศน์ของผู้ลงสมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการวิชาชีพที่มากกว่าแค่ประวัติการศึกษา หรือประสบการณ์การทำงาน รวมถึงอยากให้มีการมีคลิปแนะนำตัวของผู้สมัครรับเลือกตั้ง

ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดสรรงบประมาณ และบุคลากรในการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพและพัฒนาวิชาชีพ และควรผลักดันให้คณะกรรมการวิชาชีพดำเนินการวางแผนและศึกษาเกี่ยวกับการรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในแต่ละสาขาวิชาชีพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้ง, กรรมการวิชาชีพ, กฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ, ผู้ประกอบโรคศิลปะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะ
ถนอมทรัพย์ ภักดีพล และชยาภรณ์ ศรีสมุทรนาค

Abstract

This research aimed to analyze (1) personal factors, expectations regarding the control of healing arts practices under the Healing Arts Practices Act and the decision-making in voting for member of committee on professions among healing arts practitioners; (2) relationships between personal factors, expectations regarding the control of practices, and the decision-making in voting for member of committee on professions for the B.E. 2568 - 2572 (2025 - 2029) term; and (3) suggestions in the decision-making in voting for member of committee on professions for the B.E. 2568 - 2572 (2025 - 2029). This cross-sectional Analytical research surveyed a sample of 780 eligible healing arts practitioners for the B.E. 2568 - 2572 term. Data were collected via questionnaires with an IOC of 1.0 and a reliability coefficient of 0.946. Statistical analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's correlation coefficient, and content analysis.

The analysis results found that (1) The overall expectation regarding the control of the practice of the art of healing, according to the law governing the practice of the art of healing, was at a high level ($\bar{X}$ = 49.80, S.D. = 5.61). The overall decision-making process for voting for member of committee on professions was also at a high level ($\bar{X}$ = 74.72, S.D. = 7.02). (2) Factors that were found to be statistically significant ($p < 0.001$) in relation to the voting decisions for member of committee on professions for the B.E. 2568 - 2572 (2025 - 2029) term among practitioners include the branch of the practice of the art of healing and expectations regarding the control of practices. (3) The most frequent recommendations from practitioners of the art of healing who exercised their right to vote for member of committee on professions were that they want to be informed of the candidate's policies and visions rather than just their educational background or work experience, and they also suggested that candidates should provide introductory video clips.

Recommendations: Budget and personnel should be allocated for public relations regarding the operations of member of committee on professions in consumer protection within the healthcare system and professional development. Furthermore, professional committees should be encouraged to plan and study the certification of specialized knowledge and expertise in each professional field more clearly.

Keywords : Decision-making in voting, Member of Committee on Professions, Healing Arts Practices Act, Healing Arts Practitioners

บทนำ

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2556 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การประกอบโรคศิลปะในสาขาต่าง ๆ มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเพื่อส่งเสริมการประกอบโรคศิลปะในสาขาเหล่านั้นให้มีความอิสระและคล่องตัวในการดำเนินงาน และเพื่อควบคุมมิให้มีการแสวงหาผลประโยชน์หรือใช้วิชาชีพโดยมิชอบทำให้เกิดความเสียหายแก่ประชาชน โดยให้มีคณะกรรมการวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ดังนี้ (1) สาขากิจการบำบัด (2) สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย (3) สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (4) สาขารังสีเทคนิค (5) สาขาจิตวิทยาคลินิก (6) สาขากายอุปกรณ์ (7) สาขาการแพทย์แผนจีน และ (8) สาขาอื่นตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา คณะกรรมการวิชาชีพประกอบด้วยกรรมการวิชาชีพซึ่งเป็นผู้แทนของหน่วยงานระดับกรมของกระทรวงสาธารณสุข กรรมการวิชาชีพซึ่งเป็นคนปกติ หรือหัวหน้าภาควิชาหรือหัวหน้าหน่วยงานที่ผลิตบัณฑิตในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและสถาบันอุดมศึกษาของเอกชน กรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิ และกรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขานั้น ๆ (พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2556, 2556)

การเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเลือก การแต่งตั้ง และการเลือกตั้งคณะกรรมการวิชาชีพ พ.ศ. 2563 ตามหมวด 3 การเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพโดยผู้ประกอบโรคศิลปะ กำหนดให้มีการเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพในสาขากิจการบำบัด สาขารังสีเทคนิค สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก สาขาจิตวิทยาคลินิก สาขากายอุปกรณ์ และสาขาการแพทย์แผนจีน โดยมีคณะอนุกรรมการอำนวยการเลือกตั้งเป็นผู้ดำเนินการ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเลือกการแต่งตั้ง และการเลือกตั้งคณะกรรมการวิชาชีพ พ.ศ. 2563, 2563)

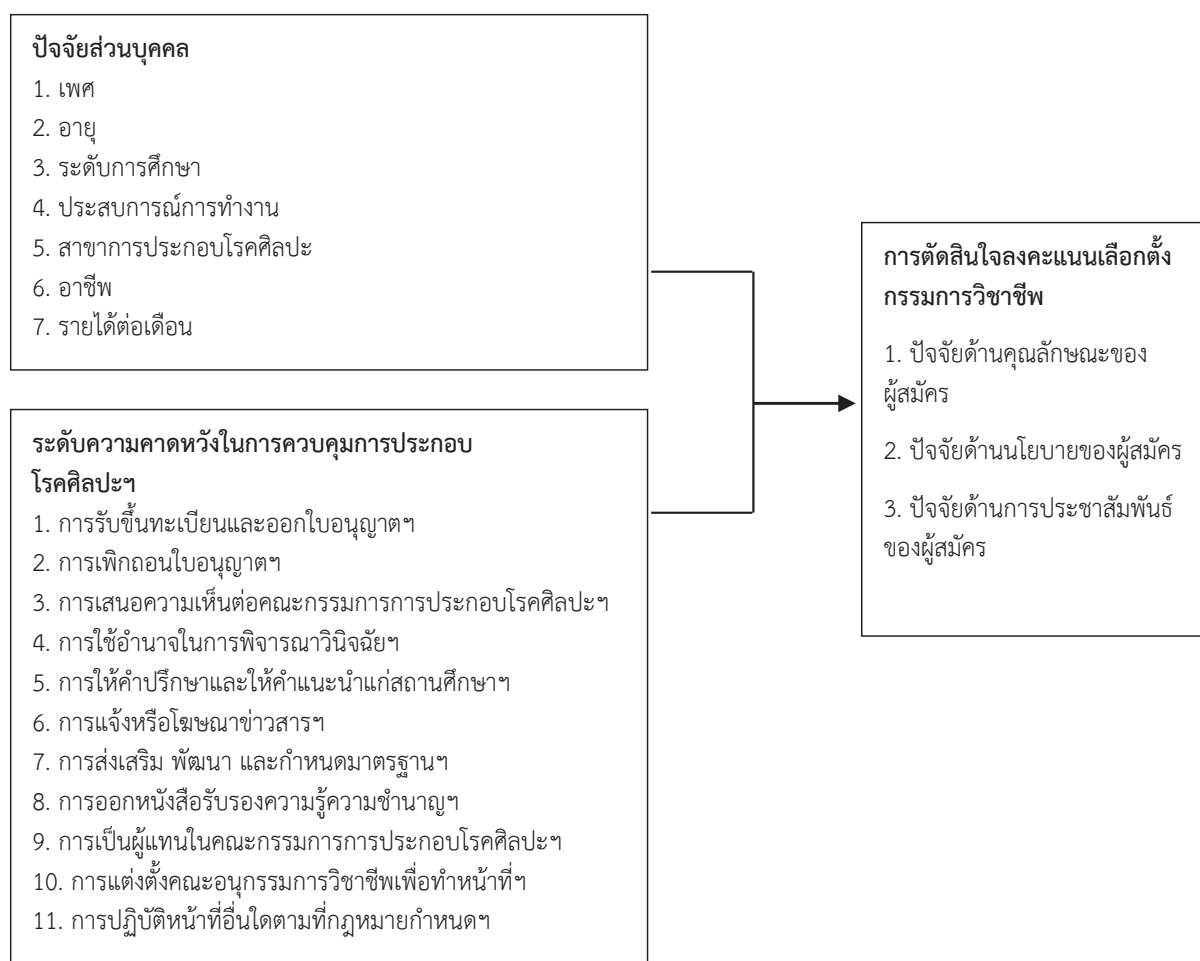
คณะกรรมการวิชาชีพในแต่ละสาขามีบทบาทสำคัญที่สุดในการควบคุม กำกับมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการบำบัดรักษาและความปลอดภัยของประชาชนที่รับบริการการประกอบโรคศิลปะ หากไม่ได้กรรมการวิชาชีพที่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของประเทศได้ และแม้ทฤษฎีการเมืองจะระบุว่าทางเลือกดีเป็นกลไกสำคัญในระบบประชาธิปไตยที่สะท้อนเจตจำนงของประชาชนและการตัดสินใจเลือกตั้งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น นโยบายพรรค หรือคุณสมบัติผู้สมัคร (น้ำเพชร พิพัฒน์สุริยะ, 2566) แต่บริบทของผู้ประกอบโรคศิลปะ อาจมีความแตกต่างจากประชาชนทั่วไป ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มวิชาชีพนี้อาจมีความซับซ้อนเฉพาะตัว เช่น ความคาดหวังต่อบทบาทการควบคุมกำกับวิชาชีพ หรือประสบการณ์ในการทำงาน นอกจากนี้ การตัดสินใจใช้สิทธิลงคะแนนเลือกตั้งยังเป็นการพัฒนาประชาธิปไตยจากฐานราก หากไม่ใช้สิทธิลงคะแนนคือการเสียโอกาสในการเลือกตัวแทนที่ตรงตามความต้องการ และผู้ที่ได้ดำรงตำแหน่งอาจมีความกระตือรือร้นที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนลด เนื่องจากเกิดมาจากความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้มาจากการเลือกตั้งของประชาชนโดยตรง (จิราภรณ์ ศรีโสมจันทร์ และพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, 2564)

อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล รวมถึงความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการประชาสัมพันธ์ และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง ตลอดจนช่วยให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้มีสิทธิเลือกตั้งเพื่อนำไปวางแผนนโยบายและการสื่อสารที่ตรงประเด็น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะ และการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ ของผู้ประกอบโรคศิลปะ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะ
3. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะ

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางในการควบคุม กำกับ ส่งเสริม และพัฒนามาตรฐานการประกอบโรคศิลปะของคณะกรรมการวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพ
2. ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการนำไปพิจารณาดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. ผู้ประกอบโรคศิลปะที่ประสงค์จะสมัครรับการเลือกตั้งเป็นกรรมการวิชาชีพสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการบริหารและการคาดการณ์แนวทางให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ประกอบโรคศิลปะในการวางแผนการประชาสัมพันธ์หาเสียงการเลือกตั้งครั้งต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) ดำเนินการระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 9 มิถุนายน 2568

ประชากร คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สาขา ที่มีสิทธิเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ได้แก่ สาขา กิจกรรมบำบัด จำนวน 1,841 คน สาขากายอุปกรณ์ จำนวน 381 คน สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย จำนวน 514 คน สาขาจิตวิทยาคลินิก จำนวน 1,423 คน สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก จำนวน 1,046 คน สาขารังสีเทคนิค จำนวน 7,125 คน และสาขาการแพทย์แผนจีน จำนวน 2,197 คน รวมทั้งสิ้น 14,527 คน (คณะกรรมการอำนวยการเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

วาระ พ.ศ. 2568 - 2572, 2568, น.5) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของทาโรยามาเน่ (Taro Yamane, 1973, อ้างถึงใน น้ำเพชร พิพัฒน์สุริยะ, 2566) จำนวน 600 คน และเพื่อป้องกันกรณีที่มีกลุ่มตัวอย่างไม่ครบถ้วนตามจำนวนที่ต้องการ จึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 จะได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 180 คน รวมเป็นขนาดตัวอย่างทั้งหมด 780 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สาขาการประกอบโรคศิลปะ อาชีพ และรายได้ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ที่มีต่อการตัดสินใจลงคะแนนเลือกกรรมการวิชาชีพฯ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจลงคะแนนเสียงเลือกกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สมัคร ปัจจัยด้านนโยบายของผู้สมัคร ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ของผู้สมัคร จำนวน 17 ข้อ

วัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ตัวเลือก ดังนี้

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น (Class Interval) คือระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด โดยให้ค่าคะแนนสูงสุดลบ คะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับการวัดที่ต้องการ ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.8$$

แบ่งกลุ่มตามคะแนนเฉลี่ยได้ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลของ IOC เท่ากับ 1 และนำแบบทดสอบที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบใช้กับกับผู้ประกอบการโรคศิลปะ สาขาการกำหนดอาหาร จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.946

ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 จำนวน 1 ข้อ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะ 7 สาขา ที่มีสิทธิเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 9 มิถุนายน 2568

โดยกลุ่มตัวอย่างตอบกลับแบบสอบถามครบถ้วน และมีการพิทักษ์สิทธิโดยต้องได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ปกปิดรายชื่อผู้ให้ข้อมูล เก็บข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษเป็นลักษณะภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับคำถามปลายเปิด

ผลการศึกษา

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.54 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 39.36 ระดับการศึกษามากที่สุดอยู่ในระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 74.74 ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 57.95 ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขารังสีเทคนิค ร้อยละ 49.13 อาชีพรับราชการ/ลูกจ้างของราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 62.82 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 31.03

2. **ความคิดเห็นต่อความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การส่งเสริมพัฒนา และกำหนดมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะ ($\bar{X} = 4.68$, S.D. = 0.62) โดยข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การเพิกถอนใบอนุญาตกรณีผู้ประกอบการโรคศิลปะขาดคุณสมบัติ ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.76) ดังตารางที่ 1

ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ รายข้อ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับความ คาดหวัง
1. การรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ	4.59	0.63	มากที่สุด
2. การเพิกถอนใบอนุญาตกรณีผู้ประกอบโรคศิลปะขาดคุณสมบัติ	4.32	0.76	มากที่สุด
3. การเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะเพื่อให้คำแนะนำหรือเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีในการเพิ่มประเภทและสาขาของการประกอบโรคศิลปะ หรือการออกกฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศต่างๆ	4.55	0.69	มากที่สุด
4. การใช้อำนาจในการพิจารณาวินิจฉัยในกรณีที่ผู้ประกอบโรคศิลปะประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ	4.48	0.68	มากที่สุด
5. การให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำแก่สถานศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษากการประกอบโรคศิลปะ	4.54	0.66	มากที่สุด
6. การแจ้งหรือโฆษณาข่าวสารด้วยวิธีใดๆ ตามที่เห็นสมควรเพื่อไม่ให้ประชาชนหลงเข้าใจผิด ซึ่งอาจเป็นอันตรายเนื่องจากการประกอบโรคศิลปะ	4.57	0.70	มากที่สุด
7. การส่งเสริม พัฒนา และกำหนดมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะ	4.68	0.62	มากที่สุด
8. การออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในการประกอบโรคศิลปะ	4.54	0.68	มากที่สุด
9. การเป็นผู้แทนวิชาชีพในคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะเพื่อเสนอการพัฒนาวิชาชีพ	4.57	0.67	มากที่สุด
10. การแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ	4.50	0.67	มากที่สุด
11. การปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพ	4.48	0.67	มากที่สุด

3. การตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพพบว่า ระดับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพในรายด้าน อยู่ในระดับมากทุกด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ

ความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สมัคร รายด้าน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับการ ตัดสินใจ
1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สมัคร	43.93	4.23	มาก
2. ปัจจัยด้านนโยบายของผู้สมัคร	22.44	2.30	มาก
3. ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ของผู้สมัคร	8.08	1.71	มาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะ

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน สาขาการประกอบโรคศิลปะ อาชีพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ ($p\text{-value} > 0.05$) แต่ปัจจัยส่วนบุคคล ในส่วนของสาขาการประกอบโรคศิลปะมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะ
ถนอมทรัพย์ ภักดีพล และชยาภรณ์ ศรีสมุทรนาถ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สาขาการประกอบโรคศิลปะ อาชีพ
กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	การตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ				p-value
		ปานกลาง		มาก		
	(N)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ						0.265
ชาย	178	4	0.51	174	22.31	
หญิง	597	8	1.03	589	75.51	
ไม่ต้องการระบุ	5	0	0	5	0.64	
รวม	780	12	1.54	768	98.46	
ระดับการศึกษา						0.380
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	583	11	1.41	572	73.33	
ปริญญาโท	156	1	0.13	155	19.87	
ปริญญาเอก	41	0	0	41	5.26	
รวม	780	12	1.54	768	98.46	
สาขาการประกอบโรคศิลปะ						0.002*
กิจกรรมบำบัด	99	1	0.13	98	12.56	
การแก้ไขความผิดปกติของ การสื่อความหมาย	28	2	0.26	26	3.33	
การแพทย์แผนจีน	118	1	0.13	117	15.00	
กายอุปกรณ์	20	2	0.26	18	2.31	
จิตวิทยาคลินิก	76	3	0.38	73	9.36	
เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	56	0	0	56	7.18	
รังสีเทคนิค	383	3	0.38	380	48.72	
รวม	780	12	1.54	768	98.46	
อาชีพ						0.548
ธุรกิจส่วนตัว	70	0	0	70	8.97	
รับราชการ/ลูกจ้างของ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	490	7	0.90	483	61.92	
พนักงานเอกชน	149	3	0.39	146	18.72	
อื่นๆ	71	2	0.25	69	8.85	
รวม	780	12	1.54	768	98.46	

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์การทำงาน รายได้ต่อเดือน ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะกับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568-2572 ของผู้ประกอบโรคศิลปะ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมาย

ว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) และความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะในภาพรวมมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกระดับปานกลางกับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.494$, $95\%CI = 0.439 - 0.545$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ

ตัวแปร	การตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้ง		ระดับความสัมพันธ์
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (95%CI)	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
- อายุ	0.043 (-0.027 - 0.113)	0.230	ไม่มีความสัมพันธ์
- ประสบการณ์การทำงาน	0.034 (-0.036 - 0.104)	0.341	ไม่มีความสัมพันธ์
- รายได้ต่อเดือน	0.025 (-0.045 - 0.095)	0.484	ไม่มีความสัมพันธ์
ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ			
	0.494 (0.439 - 0.545)	< 0.001*	ระดับปานกลาง
- การรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ	0.286 (0.220 - 0.349)	< 0.001*	ระดับต่ำ
- การเพิกถอนใบอนุญาตกรณีผู้ประกอบโรคศิลปะขาดคุณสมบัติ	0.261 (0.194 - 0.325)	< 0.001*	ระดับต่ำ
- การเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะเพื่อให้คำแนะนำหรือเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีในการเพิ่มประเภทและสาขาของการประกอบโรคศิลปะหรือการออกกฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศต่างๆ	0.298 (0.232 - 0.360)	< 0.001*	ระดับต่ำ
- การใช้อำนาจในการพิจารณาวินิจฉัยในกรณีที่ผู้ประกอบโรคศิลปะประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ	0.306 (0.241, 0.368)	< 0.001*	ระดับปานกลาง
- การให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำแก่สถานศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษาการประกอบโรคศิลปะ	0.341 (0.277 - 0.401)	< 0.001*	ระดับปานกลาง
- การแจ้งหรือโฆษณาข่าวสารด้วยวิธีใดๆ ตามที่เห็นสมควร เพื่อไม่ให้ประชาชนหลงเข้าใจผิด ซึ่งอาจเป็นอันตรายเนื่องจากการประกอบโรคศิลปะ	0.236 (0.168 - 0.301)	< 0.001*	ระดับต่ำ
- การส่งเสริม พัฒนา และกำหนดมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะ	0.252 (0.185 - 0.316)	< 0.001*	ระดับต่ำ
- การออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในการประกอบโรคศิลปะ	0.350 (0.287 - 0.410)	< 0.001*	ระดับปานกลาง
- การเป็นผู้แทนวิชาชีพในคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะเพื่อเสนอการพัฒนาวิชาชีพ	0.278 (0.212 - 0.342)	< 0.001*	ระดับต่ำ
- การแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ	0.391 (0.330 - 0.449)	< 0.001*	ระดับปานกลาง
- การปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพ	0.407 (0.347, 0.464)	< 0.001*	ระดับปานกลาง

5. ข้อเสนอแนะของผู้ประกอบโรคศิลปะที่ใช้สิทธิในการลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 พบว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะส่วนใหญ่ต้องการทราบนโยบาย วิสัยทัศน์ของผู้ลงสมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการวิชาชีพ ที่มากกว่าแค่ประวัติการศึกษา หรือประสบการณ์การทำงาน รวมถึงอยากให้มีคัลิปแนะนำตัวของผู้สมัครรับเลือกตั้ง คิดเป็นร้อยละ 36

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจในการเลือกตั้ง ($P\text{-value} > 0.05$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ปิยะเจริญเดช (2559) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดเพชรบุรี : ศึกษาในห้วงเวลา ปี พ.ศ.2559 ผลการศึกษาพบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนของประชาชนชาวจังหวัดเพชรบุรี มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดเพชรบุรี แสดงให้เห็นว่าผู้มีสิทธิเลือกตั้งทุกคนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคมและระบบการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเหมือนกัน ทำให้มีอัตลักษณ์ร่วมทุกคนต่างอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกฎหมายฉบับเดียวกัน หากกรรมการวิชาชีพออกกฎระเบียบใดมา ย่อมส่งผลกระทบต่อทุกคนอย่างทั่วถึง จากการศึกษาพบว่าสาขาการประกอบโรคศิลปะ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 อย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งเห็นว่าทฤษฎีกลุ่มผลประโยชน์ ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมทางการเมืองของบุคคลจะถูกกำหนดโดยเป้าหมายของกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา

รังสีเทคนิค สาขาการแพทย์แผนจีน และสาขาจิตวิทยาคลินิกมุ่งเน้นเรื่องความก้าวหน้าในสายงานและการกำหนดตำแหน่งราชการ เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีรูปแบบการตัดสินใจและความกระตือรือร้นในการเลือกตัวแทนที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชราภรณ์ ศิริพงษ์ (2559) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับคะแนนเสียงเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเขตเลือกตั้งที่ 8 จังหวัดชลบุรี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า พรรคการเมืองต้นสังกัด มีอิทธิพลต่อคะแนนเสียง

จากการศึกษาความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กับ การตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 มีความสัมพันธ์ทางบวกในทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด คือการปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพ ($r = 0.407$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะให้ความสำคัญกับอำนาจที่เป็นรูปธรรมมากกว่าบทบาทเชิงนามธรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะมองว่าคณะกรรมการวิชาชีพ คือเครื่องมือทางกฎหมายที่จะใช้อำนาจในการจัดระเบียบ ควบคุม และพัฒนาวิชาชีพ กล่าวคือ ผู้ประกอบโรคศิลปะมีความเชื่อมั่นและคาดหวังว่ากรรมการจะใช้อำนาจตามกฎหมายได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของชยาภรณ์ ศรีสมุทรนาถ (2567) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ผลการศึกษาพบว่าการบริหารจัดการของคณะกรรมการวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพ

จากการศึกษาข้อเสนอแนะของผู้ประกอบโรคศิลปะที่ใช้สิทธิในการลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 จากการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องการทราบนโยบาย วิสัยทัศน์ และแนวคิดในการพัฒนาวิชาชีพ มากกว่าแค่การทราบประวัติการศึกษาหรือประสบการณ์

ทำงานแบบเดิม รวมถึงข้อเสนอให้มีคลิปวิดีโอแนะนำตัว เพื่อให้เห็นบุคลิกภาพและนิสัยทัศน์ที่ชัดเจน ซึ่งผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะได้ก้าวข้ามการเลือกตั้งแบบยึดตัวบุคคล ไปสู่การเลือกตั้งบนฐานนโยบาย ที่มีแผนงานรองรับการแก้ปัญหาที่จับต้องได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยะรัตน์ สนแจ้ง (2562) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร : ศึกษากรณีประชาชนกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2562 ที่ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านนโยบายพรรคการเมืองมีผลในการตัดสินใจเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้มีสิทธิเลือกตั้งให้ความสำคัญกับนโยบายที่เป็นรูปธรรมสามารถทำได้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations of the Study) การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) ซึ่งรวบรวมข้อมูล ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงสามารถอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผล (Causal relationship) และการศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สาขา ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 บริบทและสภาพแวดล้อมทางวิชาชีพอาจมีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาอื่น ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับกลุ่มวิชาชีพอื่นจึงควรต้องคำนึงถึงบริบทและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.45 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 39.36 ระดับการศึกษามากที่สุดอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 74.74 ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 57.95 ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขารังสีเทคนิค ร้อยละ 49.13 อาชีพรับราชการ/ลูกจ้างของราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 62.82 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 31.03 คิดเห็นต่อความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ระดับการตัดสินใจ

ลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน สาขการประกอบโรคศิลปะมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ความคาดหวังในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะกับการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกในทุกข้อ โดยการปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.407$) ข้อเสนอแนะของผู้ประกอบโรคศิลปะที่ใช้สิทธิในการลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพส่วนใหญ่ต้องการทราบนโยบาย วิสัยทัศน์ และแนวคิดในการพัฒนาวิชาชีพ รวมถึงมีคลิปวิดีโอแนะนำตัวเพื่อให้เห็นบุคลิกภาพและนิสัยทัศน์ที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการจัดสรรงบประมาณ และบุคลากรในการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพและพัฒนาวิชาชีพ และมีการยกตัวอย่างผลงานที่ผ่านมาที่เป็นรูปธรรม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกอบโรคศิลปะเห็นความสำคัญ ของกรรมการวิชาชีพส่งผลให้การดำเนินการเลือกตั้งมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ควรผลักดันให้คณะกรรมการวิชาชีพดำเนินการวางแผน และศึกษาเกี่ยวกับการรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ในแต่ละสาขาวิชาชีพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานบริการสุขภาพและสร้างความก้าวหน้าในวิชาชีพ
3. กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ควรประสานความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาและสมาคมทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการประชาสัมพันธ์การเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ ตลอดจนความสำคัญของการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพ โดยทำหน้าที่เป็นสื่อในการเผยแพร่ข่าวสารต่าง ๆ ให้เข้าถึงผู้ประกอบโรคศิลปะได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ควรมีการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานรายปีฉบับประชาชน โดยอาจทำในรูปแบบของสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย เช่น infographic โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับจำนวนผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน การต่ออายุใบอนุญาต การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ประกอบโรคศิลปะเห็นความสำคัญของการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพและเกิดความเชื่อมั่นในระบบการกำกับดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการศึกษาเชิงปริมาณนำไปต่อยอดศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับตัวแทนแต่ละสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความคาดหวังเชิงลึก โดยเฉพาะในสาขาที่มีความต้องการเฉพาะสูง เช่น สาขาการแพทย์แผนจีน หรือสาขารังสีเทคนิค

2. ควรทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาแบบจำลองปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลงคะแนนเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ และวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural equation model: SEM) เพื่อยืนยันและการทดสอบว่าโมเดลหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นนั้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

เอกสารอ้างอิง

คณะอนุกรรมการอำนวยการเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572. (2568). รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการอำนวยการเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ วาระ พ.ศ. 2568 - 2572 ครั้งที่ 1/2568 (หน้า 5). นนทบุรี: กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ.

จิราภรณ์ ศรีโสมจันทร์, และพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์. (2564).

ผลกระทบที่มีต่อประชาชนจากการไม่มีการเลือกตั้งท้องถิ่น. Journal of Modern Learning Development, 6(4), 17-25.

ชยาภรณ์ ศรีสมุทรนาถ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

ทัศนีย์ ปิยะเจริญเดช. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดเพชรบุรี : ศึกษาในห้วงเวลา ปี พ.ศ. 2559 (สารนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกริก, กรุงเทพฯ.

น้ำเพชร พิพัฒน์สุริยะ. (2566). ปัจจัยที่มีผลในการตัดสินใจในการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. 2566 เขตเลือกตั้งที่ 1 จังหวัดสตูล (สารนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสยาม, กรุงเทพฯ.

ปิยะรัตน์ สนแจ้ง. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร : ศึกษากรณีประชาชน กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2562 (การค้นคว้าอิสระรัฐศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกริก, กรุงเทพฯ.

พัชรภรณ์ ศิริพงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับคะแนนเสียงเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเขตเลือกตั้งที่ 8 จังหวัดชลบุรี. วารสารราชชนก, 13(2), 181-192.

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2556. (2556, 6 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 130 ตอนที่ 13 ก, หน้า 1-12.

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการเลือก การแต่งตั้ง และการเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพ พ.ศ. 2563. (2563, 12 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 137 ตอนพิเศษ 239 ง, หน้า 1-7.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนิสิตในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดชลบุรี

ASSOCIATION BETWEEN NUTRITION LITERACY AND DIETARY BEHAVIORS AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS IN CHON BURI PROVINCE

ชยันต์ เหมือนเพชร, เพียงรวี กิ่งแก้ว, ภัทรนันท์ เทียบเคียง

สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

CHAIYANAN MUANPHETCH, PHIANGRAWEE KINGKAE, PHATTHARANAN THIABSIAN

DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION AND HEALTH PROMOTION,

FACULTY OF PUBLIC HEALTH, BURAPHA UNIVERSITY

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนิสิตในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 150 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถาม พฤติกรรมที่มีค่าความเที่ยง 0.713 และ 0.746 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 50.7 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.7 ความรู้ด้าน โภชนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r=0.467$, $p<0.001$) เมื่อพิจารณาพบว่าความรู้ด้านโภชนาการทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำถึงต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ด้านความรู้ความเข้าใจด้าน โภชนาการไม่มีความสัมพันธ์ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมควรมุ่งเน้นการพัฒนา ความรู้ด้านโภชนาการในหลายมิติ และการสร้างสภาพแวดล้อมทางอาหารที่เอื้อต่อการเลือกบริโภคอาหาร ที่ดีต่อสุขภาพในสถาบันอุดมศึกษา

คำสำคัญ : ความรู้ด้านโภชนาการ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, นิสิตในสถาบันอุดมศึกษา

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine nutrition literacy, dietary behaviors, and the association between nutrition literacy and dietary behaviors among undergraduate students in Chon Buri Province. The sample consisted of 150 undergraduate students from Burapha University, selected using multi-stage sampling. Data were collected using a nutrition literacy test and a dietary behavior questionnaire, with reliability coefficients of 0.713 and 0.746, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient. The results revealed that the majority of participants had a moderate level of overall nutrition literacy (50.7%) and dietary behaviors (50.7%). Overall nutrition literacy was positively correlated with dietary behaviors at a moderate level, with statistical significance ($r = 0.467$, $p < 0.001$). When considering each dimension, nutrition literacy components were positively associated with dietary behaviors at low to very low levels with statistical significance, except for nutrition knowledge and understanding, which showed no significant. These findings suggest that promoting appropriate dietary behaviors among university students should focus on enhancing multidimensional nutrition literacy, particularly practical and applied skills, along with creating supportive food environments that facilitate healthier food choices within higher education institutions.

Keywords : Nutrition literacy, Dietary behaviors, University students

บทนำ

ทศวรรษที่ผ่านมาปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่นได้กลายเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในสังคมเมืองที่มีความเร่งรีบ ส่งผลให้การบริโภคอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วน และอาหารแปรรูปเพิ่มมากขึ้น ขณะที่การบริโภคผักและผลไม้กลับลดลง (Almoraie et al., 2025) การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการบริโภคดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารหวาน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง (กรมอนามัย, 2565) นอกจากนี้ การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทยยังพบว่า นักศึกษาจำนวนมากมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยบริโภคอาหารจานด่วนและอาหารสำเร็จรูปค่อนข้างบ่อย รวมทั้งมีการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอตามคำแนะนำด้านโภชนาการ (รัตนภรณ์ สาสिता และคณะ, 2565; อลงกต ประสานศรี และคณะ, 2567) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นตอนปลายและวัยรุ่นนักศึกษายังคงมีความเสี่ยงต่อปัญหาทางโภชนาการและปัญหาสุขภาพในระยะยาว

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารคือความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Nutbeam, 2000) แนวคิดดังกล่าวได้รับการพัฒนาต่อมาในบริบทของโภชนาการในรูปแบบของความรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ ทำความเข้าใจข้อมูล และนำ

ไปใช้ในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Velardo, 2015) งานวิจัยหลายฉบับพบว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านโภชนาการสูงมีแนวโน้มมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่า (Lai et al., 2021; อดิรัตน์ สิงห์ทอง และคณะ, 2563) ความรอบรู้ด้านโภชนาการถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทต่อการตัดสินใจเลือกบริโภค เนื่องจากนักศึกษาเป็นช่วงที่บุคคลเริ่มมีอิสระในการเลือกอาหารด้วยตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน เช่น วิถีชีวิต สภาพแวดล้อมทางอาหาร และอิทธิพลสื่อ (Laska et al., 2015) นอกจากนี้ งานวิจัยในหลายประเทศพบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยนักศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการสูงมักมีแนวโน้มบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมากกว่า (Lai et al., 2021; Kalkan, 2019)

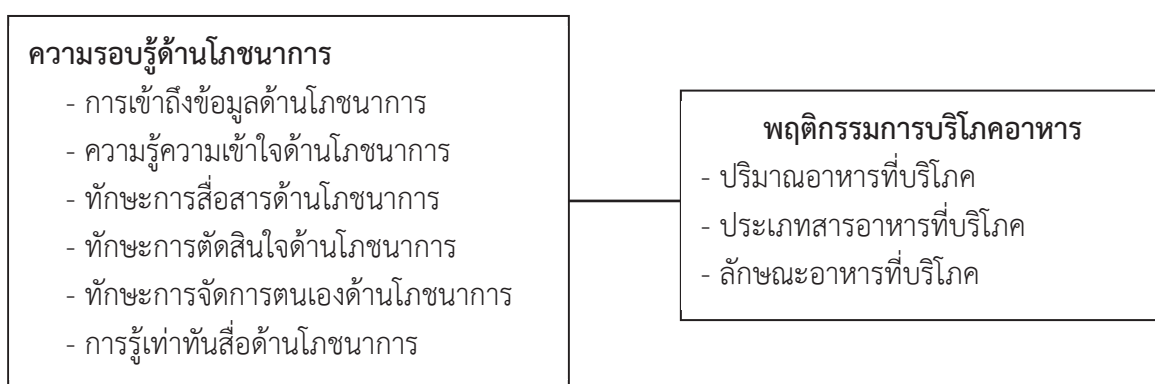
อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มนักศึกษาในหลายพื้นที่ แต่การศึกษาที่มุ่งเน้นในบริบทของนิสิตในสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว เป็นพื้นที่ที่มีสถาบันอุดมศึกษาหลายแห่งและมีประชากรวัยรุ่นจำนวนมาก การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมดังกล่าวอาจส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตในพื้นที่ รวมทั้งมีสภาพแวดล้อมทางอาหารที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตในสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดชลบุรี ยังมิได้อยู่อย่างจำกัด ดังนั้น การศึกษาความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตในสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดชลบุรี รวมทั้งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าว จึงมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนิสิต และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนพัฒนา กิจกรรมหรือมาตรการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสถาบันอุดมศึกษาได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) มีทั้งหมด 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านโภชนาการ 2) ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ 3) ทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการ 4) ทักษะการตัดสินใจด้านโภชนาการ 5) ทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการและ 6) การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดตัวแปรที่ศึกษา ดังรายละเอียดภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ประชากรคือ นิสิตในมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิต ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2568 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากร

นิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปี 1 - 4 ภาคปกติ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2567 จำนวน 20,416 คน (ระบบบริการการศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา)

กลุ่มตัวอย่าง

ตัวแทนนิสิตระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 - 4 ภาคปกติ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2567 กลุ่มสาขาวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1 โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบแบบล่วงหน้า (A priori power analysis) สำหรับสถิติทดสอบความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ (Correlation: Bivariate normal model) ในการคำนวณครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power; 1- β) ไว้ที่ 0.95 โดยคาดประมาณขนาดอิทธิพล (Effect Size; r) ในระดับปานกลางที่ 0.30

(Cohen, 1988) ผลการคำนวณปรากฏว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 136 คน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 150 คน ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอน 1 แบ่งกลุ่มสาขาวิชาตามเกณฑ์แบ่งกลุ่มของมหาวิทยาลัยเป็นตัวแทน ประกอบด้วย กลุ่มสาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ขั้นตอน 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างคณะเป็นตัวแทนกลุ่มสาขาวิชา จำนวน 3 คณะ ประกอบด้วย คณะศึกษาศาสตร์ คณะวิทยาการสารสนเทศ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายวิธีการจับฉลาก

ขั้นตอน 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างสาขาวิชาในแต่ละคณะ จำนวน 1 สาขาหรือภาควิชาเป็นตัวแทน

ขั้นตอน 4 สุ่มตัวอย่างนิสิตโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายวิธีการจับฉลากให้ครอบคลุมตามสัดส่วนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อคำถามตามองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีการศึกษา คณะ ที่พักอาศัย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และรายได้ ซึ่งลักษณะแบบสำรวจรายการและเติมคำตอบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านโภชนาการ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ ทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการ ทักษะการตัดสินใจด้านโภชนาการ ทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.713

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่บริโภค ประเภทสารอาหารที่บริโภค และลักษณะอาหารที่บริโภค มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.746

การกำหนดเกณฑ์การวัดและแปลผลในเครื่องมือ ส่วนที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยคำนวณคะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปร โดยคะแนนที่สูงสะท้อนถึงระดับความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น จากนั้น ผู้วิจัยได้นำคะแนนรวมของทั้งสองตัวแปรมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากข้อมูลมีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณระดับช่วง (interval scale) และมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ

การแปลผลระดับความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ใช้เกณฑ์อิงกลุ่มโดยพิจารณาการกระจายของคะแนนภายในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับโดยประยุกต์แนวคิดการแบ่งกลุ่มแบบควอไทล์เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละน้อยที่สุดจนถึงค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ($\leq P_{25}$) ระดับปานกลาง คือ คะแนนมากกว่าค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 จนถึงค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ($> P_{25}$ ถึง $\leq P_{75}$) และระดับสูง คือ คะแนนมากกว่าค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ($> P_{75}$) การใช้วิธีการดังกล่าวช่วยจำแนกระดับของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสมตามการกระจายของข้อมูลจริง (Clark-Carter, 2005)

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน โดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา มีค่า IOC ระหว่าง 0.62-1.00

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบ ความรอบรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามออนไลน์ผ่านโทรศัพท์ของตนเองผ่าน QR code ใช้เวลาทำ 8-10 นาที ซึ่งผู้วิจัยแจ้งว่าหากมีข้อคำถามใดที่ไม่สบายใจ สามารถเลื่อนไม่ตอบข้อดังกล่าวได้ ทั้งนี้สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา หรือไม่ทำแบบสอบถามออนไลน์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับตามเปอร์เซ็นต์ไทล์ โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Clark-Carter (2005) ตามคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ได้แก่ 1) การแจกแจงของประชากรของสองตัวแปรเป็นโค้งปกติ 2) ความสัมพันธ์ของสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง และ 3) ตัวแปรมีการวัดระดับช่วง (Interval Scale) โดยใช้เกณฑ์ระดับความสัมพันธ์ของ Bartz (1999) ดังนี้

ค่าความสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.81 – 1.00	สูงมาก
0.61 – 0.80	สูง
0.41 – 0.60	ปานกลาง
0.21 – 0.40	ต่ำ
0.01 – 0.20	ต่ำมาก

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดชลบุรี

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 24.70 อายุเฉลี่ย 20.8 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-23 ปี ร้อยละ 65.3 กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 51.3 โดยศึกษาในคณะสาธารณสุขศาสตร์มากที่สุด ร้อยละ 38.0 รองลงมาคือคณะศึกษาศาสตร์ และคณะวิทยาการสารสนเทศ ร้อยละ 33.3 และ 28.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่หอพักนวมมหาวิทยาลัย ร้อยละ 76.0 มีค่าดัชนีมวลกายระดับปกติ ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ น้ำหนักเกิน และ อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 20.7 และ 18.7 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ ช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 38.7 และส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารที่ร้านอาหารนวมมหาวิทยาลัย ร้อยละ 61.3 รองลงมาคือช่องทางออนไลน์และร้านอาหารจานด่วน รถเข็น หรือแผงลอย ร้อยละ 16.7 และ 10.7 ตามลำดับ

ผลศึกษาระดับความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.7 รองลงมาอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 25.3 และ 24.0 ตามลำดับและเมื่อวิเคราะห์ความรู้ด้านโภชนาการรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน อยู่ระหว่างร้อยละ 39.3-60.0 โดยความรู้ด้านโภชนาการในระดับสูงที่มีค่ามากกว่าร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 32.0 และ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 31.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้โภชนาการ (n=150)

ความรู้ด้านโภชนาการ	ระดับความรู้ด้านโภชนาการ ร้อยละ (จำนวน)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวม	25.3 (38)	50.7 (76)	24.0 (36)
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	26.7 (40)	60.0 (90)	13.3 (20)
ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ	32.0 (48)	49.3 (74)	18.7 (28)
การสื่อสารด้านโภชนาการ	25.3 (38)	53.3 (80)	21.3 (32)
การตัดสินใจด้านโภชนาการ	37.3 (56)	39.3 (59)	23.4 (35)
การจัดการตนเองด้านโภชนาการ	25.3 (38)	52.7 (79)	22.0 (33)
การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ	31.3 (47)	44.0 (66)	24.7 (37)

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางหรือมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับทั่วไปหรือปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.7 รองลงมาคือมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมหรือบริโภค

อาหารที่ถูกต้องสม่ำเสมอ ร้อยละ 26.0 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมหรือบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ร้อยละ 23.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n=150)

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับสูง	39	26.0
พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง	76	50.7
พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับต่ำ	35	23.3

$\bar{X} = 44.8$, S.D. = 4.7, Min = 35.0, Max = 60.0

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ($r=0.467$, P-value <0.001) และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการในรายด้านกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำ ($r=0.264$, P-value = 0.001) ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารในระดับต่ำ ($r=0.243$, P-value = 0.003) ด้านการสื่อสารด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำ ($r=0.223$, P-value = 0.006) ด้านการจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำ ($r=0.221$, P-value = 0.006) และด้านการตัดสินใจด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำมาก ($r=0.190$, P-value = 0.020) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r=0.136$, P-value = 0.097) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (n=150)

ความรู้ด้านโภชนาการ	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		
	r	p	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวม	0.467	<0.001	ระดับปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	0.264	0.001	ระดับต่ำ
การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ	0.243	0.003	ระดับต่ำ
การสื่อสารด้านโภชนาการ	0.223	0.006	ระดับต่ำ
การจัดการตนเองด้านโภชนาการ	0.221	0.006	ระดับต่ำ
การตัดสินใจด้านโภชนาการ	0.190	0.020	ระดับต่ำมาก
ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ	0.136	0.097	ไม่มีความสัมพันธ์

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.7 รองลงมาคือระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 25.3 และ 24.0 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านิสิตส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะด้านโภชนาการในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2000) ที่เสนอว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในชีวิตประจำวัน โดยบุคคลที่มีระดับความรู้สูงจะสามารถใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านโภชนาการ โดย Velardo (2015) อธิบายว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมต่อสุขภาพ ซึ่งสะท้อนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการนำไปใช้ในชีวิตจริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอลงกต ประสานศรี และคณะ (2567) และกวิณา วิเศษแก้ว และเบญญา มุกตพันธุ์ (2563) พบว่านักศึกษา

ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาในกลุ่มศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานครของ ประเมศวร์ บุปไชยา และคณะ (2565) พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการในระดับปานกลาง และงานวิจัยของกุลนันท์ เสนคา และคณะ (2568) ที่ศึกษาความรู้ด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง นอกจากนี้ Gibbs & Chapman-Novakofski (2012) อธิบายว่าความรู้ด้านโภชนาการครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลอาหาร การทำความเข้าใจข้อมูลโภชนาการ การประเมินข้อมูล และการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ดังนั้นบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านโภชนาการสูงจึงมีแนวโน้มที่จะเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ต่ำ และเมื่อพิจารณาความรู้ด้านโภชนาการรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่านิสิตมีทักษะในการรับรู้และทำความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการในระดับหนึ่ง แต่การประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารยังไม่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านวิถีชีวิตของนิสิต เช่น การใช้ชีวิตที่เร่งรีบ ความสะดวกในการเข้าถึงอาหารสำเร็จรูป หรือ สภาพแวดล้อมทางอาหารในมหาวิทยาลัย

ที่เอื้อต่อการเลือกบริโภคอาหารที่สะดวกมากกว่าการคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า แม่วัยรุ่นจะมีความรู้ด้านโภชนาการในระดับหนึ่ง แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังคงได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิต (Lai et al., 2021; Koca & Arkan, 2020) ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการจึงควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะในการใช้ข้อมูล การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อด้านอาหาร ควบคู่กับการปรับสภาพแวดล้อมทางอาหารในมหาวิทยาลัย เพื่อสนับสนุนให้วัยรุ่นและนิสิตสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปสู่รูปแบบที่ดีต่อสุขภาพได้ (Lai et al., 2021)

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.7 รองลงมาคือมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 26.0 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 23.3 ซึ่งสะท้อนว่านิสิตส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารในระดับทั่วไปหรือปฏิบัติเป็นบางครั้ง โดยยังมีนิสิตบางส่วนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวนมากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอ การบริโภคอาหารจานด่วน และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นลักษณะพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษามหาวิทยาลัย (รัตนภรณ์ สาสีทา และคณะ, 2565; อลงกต ประสานศรี และคณะ, 2567) นอกจากนี้ การศึกษาของอำพร ฤทธิ์ถาวร และนพจักร อังคะนิจ (2567) ยังพบว่าวัยรุ่นในเขตเมืองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ได้รับอิทธิพลจากความสะดวกในการเข้าถึงอาหารสำเร็จรูปและอาหารฟาสต์ฟู้ด ส่งผลให้รูปแบบการบริโภคอาหารมีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น และผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวนมากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีแนวโน้มบริโภคอาหารที่สะดวกและรวดเร็ว เช่น อาหารจานด่วน

อาหารแปรรูป และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา วิถีชีวิตที่เร่งรีบ และสภาพแวดล้อมทางอาหารในมหาวิทยาลัย (Almoraie et al., 2025) นอกจากนี้ การศึกษาของ Laska et al. (2015) ยังระบุว่า ช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยนักศึกษาเป็นช่วงที่บุคคลเริ่มมีอิสระในการตัดสินใจเลือกอาหารมากขึ้น ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสังคม เพื่อน และสภาพแวดล้อมอาหารอย่างมาก ซึ่งอาจทำให้คุณภาพอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าจะมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่แล้วก็ตาม ดังนั้น ผลการศึกษาค้นคว้าจึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มนิสิต โดยควรดำเนินการควบคู่ทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะด้านโภชนาการ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมทางอาหารในมหาวิทยาลัยที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ผลการศึกษาความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ความรู้ด้านโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตมหาวิทยาลัย อย่างไรก็ตามการมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะหลายด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อด้านอาหาร การตัดสินใจด้านโภชนาการ และการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร เพื่อให้บุคคลสามารถนำข้อมูลด้านโภชนาการไปใช้ในการเลือกบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสมและส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดชลบุรี พบว่าความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ($r = 0.467$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าเมื่อระดับความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของนิสิตก็มีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นด้วย ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ซึ่งเสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยทักษะสำคัญ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งทักษะเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาค้นคว้านี้ยังสอดคล้องกับ จีรกันต์ พันธุ์ธำ และคณะ (2567) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และผลการศึกษาของ ธิติรัตน์ สิงห์ทอง และคณะ (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าความรอบรู้ด้านโภชนาการที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น และรัตนภรณ์ สาสีทา และคณะ (2565) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่าความรอบรู้ด้านโภชนาการแต่ละมิติกับพฤติกรรมการบริโภคในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kalkan (2019) ที่ศึกษาเรื่องผลกระทบของความรู้ทางโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในประเทศตุรกี ผลการศึกษพบว่าความรอบรู้ด้านโภชนาการที่ดีส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารดี

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านโภชนาการรายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ การสื่อสารด้านโภชนาการ การจัดการตนเองด้านโภชนาการ และการตัดสินใจด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำถึงต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทักษะในแต่ละมิติของความรอบรู้ด้านโภชนาการมีบทบาทต่อการกำหนดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

แม้จะมีระดับความสัมพันธ์ไม่สูงมาก เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคม ความสะดวกในการเข้าถึงอาหาร ราคาอาหาร วิถีชีวิต และอิทธิพลจากสื่อหรือการตลาดด้านอาหาร ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Liao et al. (2019) ที่ศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยในไต้หวันและพบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ Lai et al. (2021) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านโภชนาการเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการสูงมีแนวโน้มเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากกว่า

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = 0.136, p = 0.097$) ซึ่งอาจสะท้อนว่าการมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ทั้งนี้ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการมีความรู้ แต่ยังรวมถึงทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตจริง ดังนั้นบุคคลอาจมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ แต่หากขาดทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลหรือขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก็อาจไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มนิสิตมหาวิทยาลัยควรมุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการในหลายมิติ ไม่เฉพาะด้านความรู้เท่านั้น แต่ควรครอบคลุมทักษะการเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเองด้านโภชนาการ เพื่อให้ นิสิตสามารถนำข้อมูลด้านโภชนาการไปใช้ในการเลือกบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสมและส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่านิสิตในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดชลบุรีส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.467, p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

มหาวิทยาลัยควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการพัฒนาทักษะสำคัญ ได้แก่ การตัดสินใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อสนับสนุนให้นิสิตสามารถนำความรู้ไปใช้ในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง เพื่อประเมินผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2565). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
กวิندا วิเศษแก้ว, และเบญญา มุกตพันธุ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับการบริโภคขนมและเครื่องดื่มรสหวานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(2), 183-192.
กุลนันท์ เสนคา, สายพิน ไซติวิเชียร, และศศิพร ตัขชานนุสรณ์. (2568). ความรอบรู้ด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารโภชนาการ*, 60(2), 139-162.

จิรกานต์ พันธุ์ฤทธิ์ดำ, นอัสสา โต๊ะยูโซ๊ะ, และวิชชุดา มัคสิงห์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 4(3), 49-62.

ธิดารัตน์ สิงห์ทอง, คติยา อีวาโนวิช, และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *Thai Journal of Public Health*, 5(2): 148-160.

ปรเมศวร์ บุบไชยา, นฤมล ศรารัตน์, และสุวิมล อุไกรษา. (2565). ความฉลาดรู้ทางโภชนาการของนิสิตนักศึกษา มหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*, 37(3), 191-201.

รัตนารณาสีทา, คติยา อีวาโนวิช, และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2565). ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(1), 28-43.

อลงกต ประสานศรี, นงนภัส รังศรี, วริษา ถิ่นสำราญ, และอาดื้อ. (2567). ความรอบรู้ด้านโภชนาการพฤติกรรมการบริโภคอาหารและดัชนีมวลกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 20(2), 139-151.

อำพร ฤทธิ์ถาวร, และนพพักร อังคะนิจ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการ และการสุขภาพอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พื้นที่เขตบางเขน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 3(2), 90-103.

Almoraie, N. M., Alothmani, N. M., Alomari, W. D., & Al-amoudi, A. H. (2025). Addressing nutritional issues and eating behaviours among university students: A narrative review. *Nutrition Research Reviews*, 38(1), 53-68.

- Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts* (4th ed.). Prentice Hall.
- Clark-Carter, D. (2005). Stanine scores. In B. S. Everitt & D. C. Howell (Eds.), *Encyclopedia of statistics in behavioral science* (pp. 1539-1540). John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Gibbs, H. D., & Chapman-Novakofski, K. (2012). Exploring nutrition literacy: Attention to assessment and the skills clients need. *Health, 4*(3), 120-124.
- Kalkan I. (2019). The impact of nutrition literacy on the food habits among young adults in Turkey. *Nutrition research and practice, 13*(4), 352-357.
- Koca, B., & Arkan, G. (2020). The relationship between adolescents' nutrition literacy and food habits, and affecting factors. *Public health nutrition, 24*(4), 1-12.
- Lai, I.-J., Chang, L.-C., Lee, C.-K., & Liao, L.-L. (2021). Nutrition literacy mediates the relationships between multi-level factors and college students' healthy eating behavior: Evidence from a cross-sectional study. *Nutrients, 13*(10), 3451.
- Laska, M. N., Hearst, M. O., Lust, K., Lytle, L. A., & Story, M. (2015). How we eat what we eat: identifying meal routines and practices most strongly associated with healthy and unhealthy dietary factors among young adults. *Public health nutrition, 18*(12), 2135-2145.
- Liao, L.-L., Lai, I.-J., & Chang, L.-C. (2019). Nutrition literacy is associated with healthy-eating behaviour among college students in Taiwan. *Health Education Journal, 78*(7), 756-769.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267.
- Velardo, S. (2015). The nuances of health literacy, nutrition literacy, and food literacy. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 47*(4), 385-389.

การเปรียบเทียบทักษะซอฟต์แวร์สกีลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา

COMPARISON SOFT SKILLS OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS LEADERS IN CHACHOENGSAO PROVINCE

ญาณันธร กราบทิพย์

YANANTHORN KRABTHIP

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
SIRINDHORN COLLEGE OF PUBLIC HEALTH CHONBURI, FACULTY OF PUBLIC HEALTH AND ALLIED
HEALTH SCIENCES, PRABOROMARAJCHANOK INSTITUTE

พันธกานต์ ยืนยง

PHANTHAKAN YUENYONG

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

FACULTY OF PUBLIC HEALTH RAMKHAMHAENG UNIVERSITY

นฤนาท ยืนยง

NARUENART YUENYONG

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

FACULTY OF ALLIED HEALTH SCIENCES PATHUM THANI UNIVERSITY

บทคัดย่อ

ทักษะซอฟต์แวร์สกีลเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้นำสามารถจัดการกับอุปสรรคและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และเปรียบเทียบทักษะซอฟต์แวร์สกีลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลต่างกัน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด จำนวน 1,080 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie และ Morgan (1970) จำนวน 284 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะซอฟต์แวร์สกีล กับคุณลักษณะส่วนบุคคล ของประธานอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้สถิติ Independent t-test และ One-Way ANOVA กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะซอฟต์แวร์สกีลภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.55$) เมื่อศึกษารายด้านพบว่าทุกด้านมีทักษะอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการพูดและการโน้มน้าวใจ ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.58$) รองลงมา ด้านการทำงานเป็นทีม ($\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.57$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านความคิดสร้างสรรค์ ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.56$) ผลการเปรียบเทียบตามคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีทักษะซอฟต์แวร์สกีลแตกต่างกันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.086$, $p < 0.05$) โดยที่อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัคร และ ประสบการณ์การเป็นประธานอาสาสมัคร ที่แตกต่างกันมีทักษะซอฟต์แวร์สกีลไม่แตกต่างกัน

หน่วยงานสาธารณสุขควรนำผลการศึกษานี้ไปออกแบบหลักสูตรพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์สกีลสำหรับประธานอาสาสมัคร โดยเน้นเสริมทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์และสอดคล้องกับระดับการศึกษา สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายการศึกษาไปสู่ทักษะด้านอื่นๆ เช่น การแก้ไขปัญหา ความยืดหยุ่น และภาวะผู้นำ รวมถึงผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานจริง เพื่อสร้างข้อมูลสนับสนุนนโยบายสาธารณสุข

คำสำคัญ : คุณลักษณะส่วนบุคคล, ทักษะซอฟต์แวร์สกีล, ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเปรียบเทียบทักษะซอฟต์แวร์สกีลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ญาณันธร กราบทิพย์, พันธกานต์ ยืนยง, นฤนาท ยืนยง

Abstract

Soft skills are an essential element enabling leaders to effectively address challenges and create environments conducive to positive change. This study employs a descriptive research design to explore and compare the soft skills of village health volunteer leaders in Chachoengsao Province classified by their demographic characteristics in Chachoengsao Province. The study population comprises 1,080 village health volunteer leaders at the village, sub-district, district, and provincial levels. The sample size, determined using Krejcie and Morgan's formula, includes 284 participants. Data were collected via a questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data analysis employed descriptive statistics and inferential tests to compare soft skills across demographic characteristics, using the independent t-test and One-Way ANOVA, with statistical significance set at the 0.05 level.

The result that, overall, soft skills among these leaders were rated highly ($\bar{X}=4.18$, $SD=0.55$). At the dimension level, all skills were highly rated, with the highest mean for communication and persuasion ($\bar{X}=4.21$, $SD=0.58$), followed by teamwork ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.57$). The lowest-rated skill was creativity ($\bar{X}=4.12$, $SD=0.56$). Statistically significant differences in soft skills were found based on educational attainment ($F=3.086$, $p<.05$), while other demographics such as age, marital status, monthly income, general volunteer experience, and leadership experience did not yield significant differences in soft skill levels.

Thus, a broader set of soft skills, incorporating competencies like problem-solving, flexibility, and leadership, could provide a more comprehensive understanding of the impact of these skills on operational efficiency in health promotion and community health care delivery

Keywords : Demographic characteristics, Soft Skills, Village Health Volunteer Leader

บทนำ

ทักษะซอฟต์แวร์สเกลเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้นำสามารถจัดการกับอุปสรรคและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ลักษณะบุคลิกภาพที่เป็นพฤติกรรมและทัศนคติที่เรียนรู้ได้ผ่านประสบการณ์ส่วนตัวหรือผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการจำแนกองค์ประกอบสำคัญของทักษะซอฟต์แวร์สเกลในงานสาธารณสุขและองค์กรยุคใหม่ ตามแนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) (2564) และสาวนีย์ สิทธิชัยจารุเมธี และสุชาดา บุษพา (2565) ที่อธิบายทักษะสำคัญออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ การพูดและการโน้มน้าวใจ การทำงานเป็นทีม การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม และการจัดการเวลา ทักษะซอฟต์แวร์สเกลยังเป็นปัจจัยสำคัญในการประสบความสำเร็จในองค์กรและสังคมยุคปัจจุบัน ครอบคลุมความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคล การทำงานร่วมกับผู้อื่น การแก้ปัญหา และการคิดเชิงบวก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการเตรียมความพร้อมของบุคคลในชีวิตจริง (Schulz, B., 2008) นอกจากนี้ยังเป็นลักษณะเฉพาะที่สามารถพัฒนาได้ มีส่วนช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ญาติ และเพื่อนร่วมงาน (เยาเวศ สมทรัพย์ และ อชฌา วารีย์, 2566)

จากสถิติในระดับสากล พบว่า ทักษะซอฟต์แวร์สเกลได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง การฝึกอบรมทักษะซอฟต์แวร์สเกลด้านการสื่อสารและการแก้ปัญหาสามารถเพิ่มผลผลิตและอัตราการคงอยู่ของบุคลากรได้ร้อยละ 12 พร้อมให้ผลตอบแทนจากการลงทุนสูงถึงร้อยละในระดับโลกของ World Economic Forum คาดการณ์ว่าร้อยละ 22 ของงานจะถูกปรับเปลี่ยนภายในปี ค.ศ. 2030 และทักษะด้านมนุษย์ เช่น ความคิดสร้างสรรค์และการทำงานร่วมกัน จะเติบโตเร็วที่สุดควบคู่กับทักษะด้านเทคโนโลยี (World Economic Forum, 2025) ในบริบทสาธารณสุขโดยเฉพาะรายงานพบว่าร้อยละ 20 ของบุคลากรสาธารณสุขรายงานถึงช่องว่างของทักษะในวิชาชีพ และระบุว่า การฝึกอบรมในระดับสูงช่วยลดช่องว่างดังกล่าวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ

Khuancharee และคณะ (2025) ใน อสม. ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรม ทักษะด้านการสื่อสารและการคิดเชิงระบบพัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาได้ผ่านการฝึกอบรมที่เป็นระบบ และมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิผลของการดำเนินงานสาธารณสุขชุมชน

ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ประธาน อสม.) เป็นหัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในหมู่บ้านหรือชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานผู้ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมจากกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างดี มีหน้าที่ต้องให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ไขข้อขัดแย้ง กระจายข่าวดี ขี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีโดยมีหน้าที่หลากหลาย เช่น การเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ, การส่งต่อผู้ป่วย และการสื่อสารข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้านอีกทั้งยังเป็นส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุขมูลฐาน (สุกเนตร ชัยนา, พิชัย เอื้ออมรพจน์ และ สังคม สุภรัตนกุล, 2562)

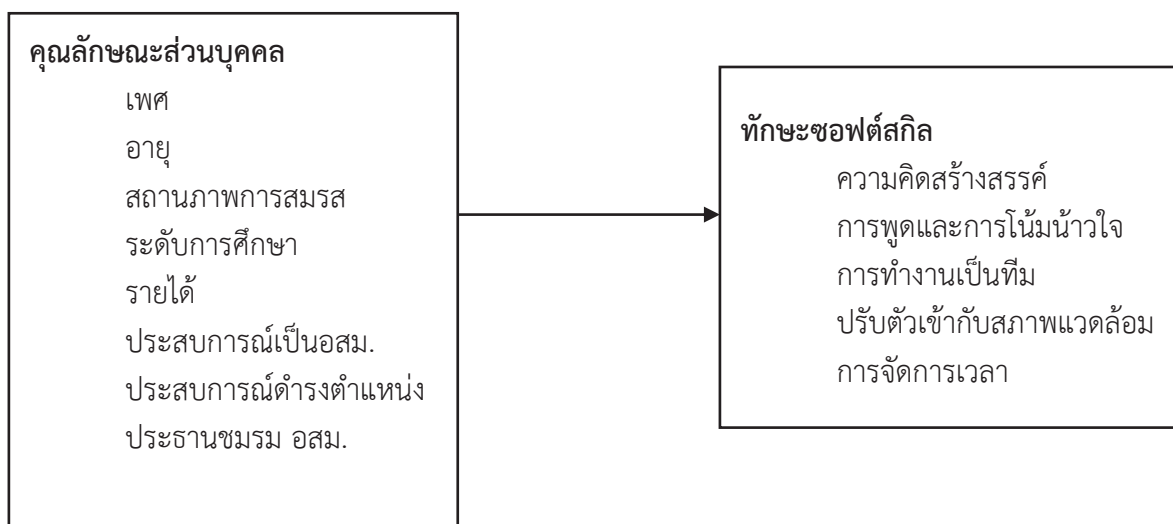
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับทักษะซอฟต์แวร์สเกล ยังมีอยู่จำนวนมากในระดับสากล หรือศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้บริหารหน่วยงาน และบุคลากรสาธารณสุข แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับระดับและเปรียบเทียบทักษะซอฟต์แวร์สเกลในกลุ่ม “ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่สุดของระบบสาธารณสุขมูลฐานในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีลักษณะผสมผสานระหว่างชุมชนเมืองและชนบท ซึ่งต้องการทักษะการปรับตัวและการทำงานเป็นทีมที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังขาดการวิเคราะห์ว่าลักษณะส่วนบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อระดับทักษะดังกล่าว ทำให้ยังขาดข้อมูลเชิงลึกที่เฉพาะผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนี้ การศึกษานี้จะทำให้ได้ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการยกระดับศักยภาพการปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับทักษะซอฟต์แวร์สเกลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะซอฟต์แวร์สเกลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ประกอบของตัวแปรทักษะซอฟต์แวร์สเกลเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนด กรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งจำแนกทักษะซอฟต์แวร์สเกลออกเป็น 5 มิติอย่างชัดเจน ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ การพูดและการโน้มน้าวใจการทำงานเป็นทีม การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม และการจัดการเวลา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

1. ทักษะซอฟต์แวร์สเกลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ระดับมาก
- ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีทักษะซอฟต์แวร์สเกลแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการอธิบายศักยภาพการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขระดับชุมชนในบริบทพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ
2. ความแตกต่างของทักษะซอฟต์แวร์สเกลตามคุณลักษณะส่วนบุคคล จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางเชิงนโยบายและการออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะที่มีความจำเพาะต่อกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ
3. หน่วยงานสาธารณสุขสามารถยกระดับศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยบูรณาการทักษะซอฟต์แวร์สเกลเข้ากับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Design) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 1,080 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2567) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie และ Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ซึ่งจะได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 284 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเป็นผู้ที่เคยดำรงตำแหน่งหรือกำลังดำรงตำแหน่งประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับตำบลมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถในการอ่านออกเขียนได้ และต้องยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือแรงกดดันใด ๆ ในส่วนเกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกคัดออกหากมีการลาออกหรือ

ถูกให้ออกจากตำแหน่งประธานชมรม อสม. ในระหว่าง
ช่วงเวลาของการศึกษา รวมถึงกรณีที่ไม่ปรากฏชื่ออยู่ใน
บัญชี อสม.1 ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย จากนั้นทำการ
สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Proportional Stratified
Random Sampling) ตามวิธีการจัดสรรเป็นสัดส่วนกับ
ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้น (Proportional allocation)
และทำการสุ่มโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random
sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนให้ครบตาม
จำนวนขนาดตัวอย่างตามสถานที่ปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ
แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนจากงาน
วิจัยที่เกี่ยวข้อง วรรณกรรม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ในการ
สร้างแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับ
การศึกษา รายได้ ประสบการณ์เป็นอสม. ประสบการณ์
ดำรงตำแหน่งประธานชมรม อสม. โดยลักษณะของข้อ
คำถาม เป็นการเติมข้อความลงในช่องว่างและการเลือกตอบ
จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทักษะซอฟต์แวร์สเกล ของประธานอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย
5 ด้าน ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ การพูดและการโน้มน้าวใจ
การทำงานเป็นทีม ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและการ
จัดการเวลา จำนวน 44 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับ
ทักษะซอฟต์แวร์สเกล ประกอบด้วย คำถามที่ใช้มาตรวัดตามเกณฑ์
Likert Scale แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการให้
คะแนน ทักษะอยู่ในระดับน้อยที่สุด 1 คะแนนถึงมากที่สุด
5 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ในการอธิบายและเกณฑ์การแปลผล
ในการแบ่ง ระดับคะแนนเฉลี่ย (Best 1981 หน้า 179 - 187
อ้างถึงใน ศศิธร ศรีทองคำ และคณะ, 2561)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปทดสอบ
ความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content
Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอ
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง
เชิงเนื้อหา (Content Validity) ของข้อคำถาม และนำมา
ปรับปรุงให้มีความถูกต้องและชัดเจนมากขึ้น ด้วยการคำนวณ
หาค่า CVI (Content Validity Index for Scale) โดยข้อ
คำถามในแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า CVI เท่ากับ 0.98

2. ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำ
แบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขแล้วไปทดลองใช้
(Try Out) ก่อนเก็บข้อมูลจริง กับประธานอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน
เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
รายด้าน และวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค
(Cronbach' Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 029/2567 เมื่อวันที่
22 เมษายน 2567

2. จัดทำหนังสือขออนุญาตจัดเก็บข้อมูลการวิจัย
ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และประธาน
ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่าง เดือน
พฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2567 โดยการส่งแบบสอบถาม
ทางออนไลน์ ผ่านทาง Google Form กลุ่มตัวอย่างทำ
แบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามจำนวนที่ต้องการ จากนั้น
ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ นำมาประมวลผลและ
วิเคราะห์ เพื่อสรุปผลการศึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาลง
รหัสข้อมูล และทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม
สำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้
สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบาย
คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประสิทธิภาพการดำรงตำแหน่งประธานชมรม อสม. โดยนำเสนอในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อดำเนินการทดสอบสมมติฐานในการเปรียบเทียบระดับทักษะซอฟต์แวร์สเกลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยเลือกใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสระ (Independent samples t-test) สำหรับตัวแปรอิสระที่มี 2 หมวดหมู่ ได้แก่ เพศ และสถานภาพการสมรส และเลือกใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) สำหรับตัวแปรอิสระที่มีมากกว่า 2 หมวดหมู่ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประสิทธิภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประสิทธิภาพการดำรงตำแหน่งประธานชมรม อสม. ในกรณีที่ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจะดำเนิน

การทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีแอลเอสดี (Least Significant Difference: LSD) เพื่อระบุกลุ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างจำเพาะ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ $\alpha = 0.05$

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่า เพศหญิง ร้อยละ 80.63 อายุสูงสุด 89 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี และอายุเฉลี่ย 56.36 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.44 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.51 รายได้สูงสุด 50,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท และรายได้เฉลี่ย 7,440.44 บาท ประสิทธิภาพการเป็นอสม. สูงสุด 50 ปี ประสิทธิภาพการทำงานต่ำสุด 1 ปี และประสิทธิภาพการทำงานเฉลี่ย 16.77 ปี การดำรงตำแหน่งประธานชมรม อสม. สูงสุด 46 ปี และต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาตำแหน่งประธานชมรม อสม. เฉลี่ย 9.28 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา (n=284)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	55	19.37
หญิง	229	80.63
อายุ		
30 – 39 ปี	15	5.28
40 – 49 ปี	52	18.31
50 – 59 ปี	108	38.03
60 – 69 ปี	86	30.28
70 ปีขึ้นไป	23	8.10
อายุสูงสุด, ต่ำสุด (89, 30)		
อายุเฉลี่ย 56.36 ปี		
สถานภาพการสมรส		
โสด	34	11.97
สมรส	183	64.44
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	67	23.59

การเปรียบเทียบทักษะซอฟต์แวร์สเกลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ญาณันธร กราบทิพย์, พันธะกานต์ ยืนยง, นฤนาท ยืนยง

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
จังหวัดฉะเชิงเทรา (n=284)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	84	29.58
มัธยมศึกษาตอนต้น	61	21.48
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	98	34.51
อนุปริญญา/ปวส.	21	7.39
ปริญญาตรี	18	6.34
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.70
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท	138	48.59
5,001 - 10,000 บาท	95	33.45
10,001 - 15,000 บาท	31	10.92
15,001 - 20,000 บาท	13	4.58
20,001 บาทขึ้นไป	7	2.46
ประสบการณ์การเป็นอสม.		
1 - 10 ปี	112	39.44
11 - 20 ปี	79	27.82
21 - 30 ปี	65	22.88
30 ปีขึ้นไป	28	9.86
ประสบการณ์สูงสุด, ต่ำสุด (50, 1)		
ประสบการณ์เฉลี่ย 16.77 ปี		
ประสบการณ์การเป็นประธาน อสม.		
1 - 5 ปี	145	51.06
6 - 10 ปี	52	18.31
11 - 15 ปี	34	11.97
16 - 20 ปี	21	7.39
20 ปีขึ้นไป	32	11.27
ประสบการณ์สูงสุด, ต่ำสุด (46, 1)		
ประสบการณ์เฉลี่ย 9.28 ปี		
รวม	284	100.00

ทักษะซอฟต์แวร์สกลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ภาพรวม กลุ่มตัวอย่าง
มีทักษะซอฟต์แวร์สกลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.55$)
เมื่อศึกษารายด้านพบว่าทุกด้านมีทักษะอยู่ในระดับมาก

โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการพูดและการ
โน้มน้าวใจ ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.58$) รองลงมา ด้านการ
ทำงานเป็นทีม ($\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.57$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ย
น้อยที่สุด ได้แก่ ด้านความคิดสร้างสรรค์ ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.56$)
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะซอฟต์แวร์สกีลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา (n=284)

ทักษะซอฟต์แวร์สกีล	$\bar{X}$	SD	ระดับทักษะ
1. การพูดและโน้มน้าวใจ	4.21	0.58	มาก
2. การทำงานเป็นทีม	4.20	0.57	มาก
3. การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม	4.18	0.58	มาก
4. การจัดการเวลา	4.17	0.58	มาก
5. ความคิดสร้างสรรค์	4.12	0.56	มาก
ภาพรวม	4.18	0.55	มาก

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะซอฟต์แวร์สกีลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา จำแนกตามเพศ โดยใช้สถิติ Independent t – test (n = 284)

เพศ	จำนวน	t	P – value
ชาย	55	.912	.362
หญิง	229		

จากตารางที่ 3 พบว่าประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทราที่มี เพศ แตกต่างกันมี ทักษะซอฟต์แวร์สกีลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะซอฟต์แวร์สกีลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทราจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ สภาพของครอบครัว โดยใช้ One Way ANOVA (n = 284)

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P -value
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	1.567	4	.392	1.285	.276
ภายในกลุ่ม	85.013	279	.305		
รวม	86.580	283			
สถานภาพการสมรส					
ระหว่างกลุ่ม	.012	2	.006	.020	.980
ภายในกลุ่ม	86.568	281	.308		
รวม	86.580	283			
ระดับการศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	1.861	2	.930	3.086	.047*
ภายในกลุ่ม	84.719	281	.301		
รวม	86.580	283			

การเปรียบเทียบทักษะซอฟต์แวร์สกีลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ญาณันธร กราบทิพย์, พันธะกานต์ ยืนยง, นฤนาท ยืนยง

ตารางที่ 4(ต่อ) การวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะซอฟต์แวร์สกรีนของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้สภาพของครอบครัว โดยใช้ One Way ANOVA (n = 284)

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P -value
รายได้ต่อเดือน					
ระหว่างกลุ่ม	1.495	4	.374	1.226	.300
ภายในกลุ่ม	85.085	279	.305		
รวม	86.580	283			
ประสบการณ์การเป็นอส.					
ระหว่างกลุ่ม	.076	3	.025	.082	.970
ภายในกลุ่ม	86.504	280	.309		
รวม	86.580	283			
ประสบการณ์การเป็นประธาน อสม.					
ระหว่างกลุ่ม	1.005	4	.251	.819	.514
ภายในกลุ่ม	85.575	279	.307		
รวม	86.580	283			

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์ด้านระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีทักษะซอฟต์แวร์สกรีนแตกต่างกัน การเป็น อสม.และ ประสบการณ์การเป็นประธาน อสม. ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=3.086$, $p<.05$) ที่แตกต่างกันมีทักษะซอฟต์แวร์สกรีนไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ ระดับทักษะซอฟต์แวร์สกรีน จำแนกตามระดับการศึกษา การทดสอบ LSD

ทักษะซอฟต์แวร์สกรีน	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	อนุปริญญา/ปวส.	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
ประถมศึกษา		0.205	0.035*	0.072	0.162	0.394
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.205		0.537	0.370	0.576	0.581
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0.035*	0.537		0.600	0.848	0.679
อนุปริญญา/ปวส.	0.072	0.370	0.600		0.810	0.819
ปริญญาตรี	0.162	0.576	0.848	0.810		0.819
สูงกว่าปริญญาตรี	0.394	0.581	0.679	0.819	0.741	

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันส่วนใหญ่มีระดับทักษะ ซอฟต์สกีลส์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์รายคู่พบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาแตกต่างจากกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.035$) นอกเหนือจากนั้น เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

อภิปรายผล

ทักษะซอฟต์แวร์สกีลส์ของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ทักษะอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ด้านการพูดและโน้มน้าวใจ อาจเนื่องมาจากบทบาทหน้าที่เชิงรุกของประธาน อสม. ที่ต้องทำหน้าที่ประสานงานระหว่างระหว่างสมาชิก อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และประชาชน โดยต้องอาศัยการสื่อสารสองทางอย่างต่อเนื่อง เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้สุขภาพ ธรรมชาติเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ข้อมูลคลาดเคลื่อน และแนะนำบริการให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การดำรงตำแหน่งผู้นำประธาน อสม. จำเป็นต้องอาศัยทักษะการโน้มน้าวใจเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม การมีจิตอาสาให้เกิดเป้าหมายการทำงานที่สอดคล้องกัน และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่มานาน รวมถึงผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง ทำให้ทักษะด้านการสื่อสาร การสร้างความสัมพันธ์ จนเกิดความชำนาญ สอดคล้องกับแนวคิดของทักษะซอฟต์แวร์สกีลส์ของสาวนีย์ สิทธิชัยจารุเมธี และสุชาดา บุบผา (2565) ที่กล่าวว่า ซอฟต์สกีลส์ เป็นทักษะที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและความสามารถในการบริหารคนในองค์กร โดยมีประเด็นที่สำคัญ คือการทำงานเป็นทีมรวมถึงการติดต่อสื่อสารและการนำเสนอการคิดวิเคราะห์ ซึ่งสอดคล้องกับกับการ

ศึกษาของ พันธะกานต์ ยืนยง และสุเรศ สำนัญจิตต์ (2567) ที่พบว่า ทักษะด้าน Soft Skills ของผู้นำสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง และส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการขับเคลื่อนงานสุขภาพชุมชน

คุณลักษณะส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่าประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีทักษะซอฟต์แวร์สกีลส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นเพราะว่าทักษะซอฟต์แวร์สกีลส์ (Soft Skills) เป็นทักษะที่ต้องที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาการเรียนรู้ทางวิชาการ โดยซอฟต์แวร์สกีลส์ของบุคคลถูกพัฒนามาจากการเลี้ยงดู การอบรม ประสบการณ์ชีวิต การเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวเรศ สมทรัพย์ และอชฌา วารีย์ (2566) ที่พบว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีซอฟต์แวร์สกีลส์ด้านการสื่อสาร การสร้างแรงจูงใจความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบ การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา ความเด็ดขาด ความสามารถทำงานในสภาวะกดดันการบริหารเวลาความยืดหยุ่น ความสามารถในการเจรจาต่อรอง และการแก้ไขความขัดแย้ง แต่ผลการศึกษายังพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่อายุสถานภาพการสมรสรายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การเป็น อสม. และประสบการณ์การดำรงตำแหน่งประธาน อสม. ที่แตกต่างกัน แต่ทักษะซอฟต์แวร์สกีลส์ไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร สวนทอง และฉันทนา ไสวรัตน์ (2569) ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ($p > 0.05$) แต่ปัจจัยด้านจิตอาสา การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นปัจจัยสำคัญมากกว่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ชุติกร คงบุญ (2566) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. คือ ความสำเร็จในงาน ขวัญและกำลังใจ และลักษณะงานที่ปฏิบัติ ไม่ใช่ปัจจัยทางประชากรศาสตร์

สรุปผล

การศึกษาทักษะซอฟต์แวร์สเกลของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับทักษะซอฟต์แวร์สเกลอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาในรายมิติ พบว่าทักษะด้านการสื่อสารและการโน้มน้าวใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.21$ S.D. 0.58) รองลงมาคือทักษะการทำงานเป็นทีม ($\bar{X} = 4.20$ S.D. 0.57) การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม ($\bar{X} = 4.18$ S.D. 0.58) และการบริหารจัดการเวลา ($\bar{X} = 4.17$ S.D. 0.58) ขณะที่ทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.12$ S.D. 0.56) แม้ยังคงอยู่ในระดับมากในส่วนของ การวิเคราะห์ความแตกต่างตามคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีทักษะซอฟต์แวร์สเกลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์สเกล โดยเฉพาะในมิติที่ยังมีระดับต่ำกว่า ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขในการขับเคลื่อนงานสุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและระบบสุขภาพในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รพ.สต. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมพัฒนาศักยภาพประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการเสริมสร้างทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งมีระดับต่ำกว่าด้านอื่น ผ่านการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการคิดเชิงออกแบบ และการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชน

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล ควรพัฒนาและดำเนินหลักสูตรฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ โดยเน้นทักษะการสื่อสาร การโน้มน้าวใจ และการทำงานเป็นทีม ในรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การฝึกปฏิบัติจริง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการโค้ชชากลุ่ม

3. ผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการจัดหลักสูตรพื้นฐานและหลักสูตรขั้นสูง รวมถึงการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับระดับความสามารถ เพื่อให้การพัฒนาทักษะซอฟต์แวร์สเกลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาเป็นตัวแปรเชิงโครงสร้าง และใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันหรือแบบจำลองสมการโครงสร้าง เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างมิติของทักษะต่าง ๆ

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างทักษะซอฟต์แวร์สเกลกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลประชาชนในชุมชน เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาทักษะที่มีต่อผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนา และทดสอบรูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้างทักษะ ซอฟต์สกีลส์สำหรับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในด้านการบริหารจัดการและการดำเนินงาน ชมรม อสม. ที่มีการติดตามผลในระยะยาว และใช้การ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการพัฒนา อย่างต่อเนื่องในบริบทจริงของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

ชูลีกร คงบุญ. (2566). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐาน สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยและ พัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(1), 139-144.

ธนพร สวนทอง และ ฉันทนา โสวัตร. (2569). ปัจจัย ที่มีผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นด้านการ ป้องกันและควบคุมโรค จังหวัดนครปฐม. *วารสาร วิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัด อุบลราชธานี*, 24(1), 10-24.

พันธะกานต์ ยืนยง และสุรเดช สำราญจิตต์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับทักษะซอฟต์แวร์สกีลส์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสาร โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 9(1), 32-44.

เยาวเรศ สมทรัพย์ และอชมา วารีย์. (2566). การพัฒนา ซอฟต์สกีลส์ในนักศึกษาพยาบาล: ถอดบทเรียนจาก รายวิชาวิถีสุขภาพทางเลือก. *วารสารวิจัยทางการ พยาบาล การผดุงครรภ์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 43(2), 122-131.

ศศิธร ศรีทองคำ, สมใจ เดชบำรุง และสมบัติ เดชบำรุง. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการบริหารกับ การบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดเทศบาลนครนครปฐม. *วารสารการบริหารการ ศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 9(2), 300-313.

สาวนีย์ สิทธิชัยจารุเมธี และสุชาดา บุบผา. (2565). Soft skills ของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพ ของโรงเรียนขนาดกลาง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษาหนองคาย. *วารสาร มจร อุบล ประิทรกรณ์*, 7(2), 2169-2184.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *5 อันดับ Soft Skills ที่วัยทำงานต้องมี*. เข้าถึงได้ จาก <https://www.thaihealth.or.th/ /5-อันดับ -soft-skills-ที่วัยทำงานต้อง-2/>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2566). *ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปีงบประมาณ 2567*. เข้าถึงได้จาก <http://www.cco.moph.go.th/cc024/hospital.html>

สุกเนตร ชัยนา, พิชัย เอี่ยมธูรพจน์ และสังคม ศุภรัตน์กุล. (2562). *แนวทางการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการเฝ้า ระวังและป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านจั่น อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี*. การประชุมวิชาการเสนอผลงาน วิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 (น. 2032-2045). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Best, John W. (1981). *Research in Education*. 3rd.ed. Englewood cliffs, New Jersey : Prentice Hall Inc.

- Khuancharee, K., Suwanchatchai, C., & Rattanamongkolgul, S. (2025). Effect of enhancing village health volunteer ability to promote engaged community-based interprofessional education. *International Journal of Medical Education*, 16. <https://doi.org/10.5116/ijme.67ab.5af9>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Schulz, B. (2008). The importance of soft skills: Education beyond academic knowledge. *NAWA Journal of Communication*, 2, 146-154.
- World Economic Forum. (2025). *Future of jobs report 2025*. Retrieved from <https://www.weforum.org/publications/the-future-of-jobs-report-2025/>

คำแนะนำการส่งบทความเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) เป็นวารสารวิชาการของ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จัดทำขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยเผยแพร่ทางออนไลน์ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิจัย (Research Article) และบทความวิชาการ (Academic Article)

1. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบ หรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใด ประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ ทศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่



2. ดัชนีฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ในระบบ <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/Hss6> โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ



3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ขอสงวนสิทธิ์ ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร

4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)
5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ชื่อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ชื่อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้
 - **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือ ข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 3 - 5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐาน ต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐาน ควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบ ผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พืช แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2) วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษาเป็นไปตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและความกำกับ ดังนี้

- **ตารางประกอบ** ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย

- **ภาพประกอบ** ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition



ศึกษารูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสาร เพิ่มเติม

การดำเนินงานส่งเสริมการออกกำลังกายป้องกันภาวะดื้ออินซูลิน ด้วยแอปพลิเคชัน เมตารีเวอร์ส ใน อสม.เขตสุขภาพที่ 6

รวบรวม/เรียบเรียงโดย นางสาวฉัตรทริกา ผินจัตรัส
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

- **ความเป็นมา** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับสภาวิชาชีพไทย เรื่องการบูรณาการ การขับเคลื่อนการรณรงค์ลดอุบัติการณ์เบาหวานในผู้มีน้ำหนักเกินและผู้ที่เคยติดโควิดกับการขับเคลื่อนกิจกรรมอสม. ชวนคนไทยนับคาร์บและการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ดำเนินการขับเคลื่อน การส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายป้องกันภาวะดื้ออินซูลิน ด้วยแอปพลิเคชันเมตารีเวอร์ส ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
- **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเครือข่ายสุขภาพในการออกกำลังกายป้องกันภาวะ ดื้ออินซูลินด้วยแอปพลิเคชันเมตารีเวอร์ส 2. เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกายป้องกันภาวะดื้ออินซูลิน ด้วยแอปพลิเคชันเมตารีเวอร์สในอสม.และประชาชนในพื้นที่ 3. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนการออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับ อสม.และนำไปปรับใช้ตามบริบทพื้นที่

● การขับเคลื่อนการดำเนินงาน

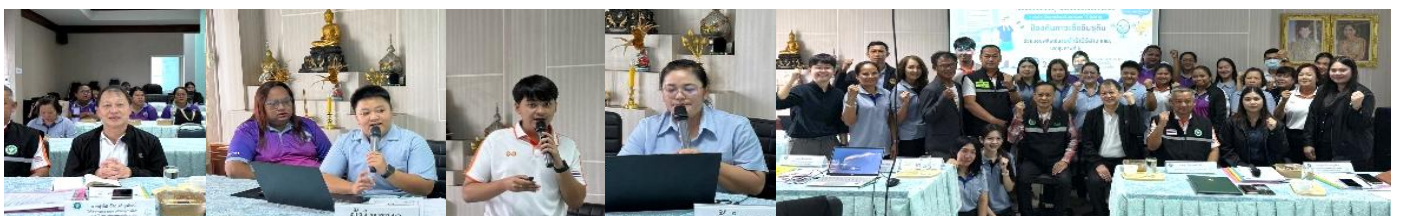
1. วันพุธที่ 1 เมษายน 2569 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ร่วมการประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ส่งเสริมการออกกำลังกายป้องกันภาวะ ดื้ออินซูลินด้วยแอปพลิเคชันเมตารีเวอร์ส ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสระแก้ว ผ่านระบบออนไลน์



2. วันพุธที่ 1 กรกฎาคม 2569 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ลงพื้นที่ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงานส่งเสริมการออกกำลังกายป้องกันภาวะดื้ออินซูลินด้วยแอปพลิเคชันเมตารีเวอร์สในอสม. ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว



3. วันศุกร์ที่ 24 กรกฎาคม 2569 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานส่งเสริมการออกกำลังกายป้องกันภาวะดื้ออินซูลินด้วยแอปพลิเคชัน เมตารีเวอร์สใน อสม.เขตสุขภาพที่ 6 ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว



- **ผลลัพธ์การดำเนินงาน** 1. อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการส่งเสริมเรื่องการออกกำลังกายป้องกัน ภาวะดื้ออินซูลินด้วยแอปพลิเคชันเมตารีเวอร์ส สามารถใช้แอปพลิเคชันฯ ได้ 2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่เข้ามาใช้แอปพลิเคชันเมตารีเวอร์ส มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องติดต่อกันอย่างน้อย 12 สัปดาห์



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วิสัยทัศน์ : ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

“เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ
และระบบสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6
ให้มีคุณภาพ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการพึ่งตนเอง
ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม”



038-397233



<http://do6.new.hss.moph.go.th:8080/index.php>



saraban-hss6@hss.mail.go.th



100 หมู่ที่ 1 ถนนพระยาสุรเสนา
ต.เสม็ด อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20000