



JPHR

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ
Journal of Primary Health Research

ISSN 3057-1812 (Online)

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ Journal of Primary Health Research

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

Vol. 2 No. 2, May - August 2026



<https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J-PHR>

ก่อนอื่น กระผมขอส่งความระลึกถึงและกล่าวสวัสดิ์สมาชิกวารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิทุกท่าน กระผม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทรวิน ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่บรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ ตั้งแต่ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2569 เป็นต้นมา รู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนวารสารให้เป็นพื้นที่ทางวิชาการสำหรับการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพปฐมภูมิ

ปัจจุบัน ระบบสุขภาพทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร รูปแบบของปัญหาสุขภาพ ตลอดจนความต้องการบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมด้านสุขภาพได้เข้ามามีบทบาทต่อการจัดบริการ การดูแลประชาชน และการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ ปรับตัว และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อบริบทและความท้าทายด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดตรัง จึงได้จัดทำวารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิขึ้น เพื่อเป็นพื้นที่ทางวิชาการสำหรับนักวิจัย นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข และผู้สนใจ ได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพปฐมภูมิ อันจะนำไปสู่การต่อยอดองค์ความรู้ การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 นี้ มีบทความที่ได้รับการตีพิมพ์จำนวน 8 เรื่อง โดยทุกบทความผ่านกระบวนการพิจารณาและกลั่นกรองทางวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจากหลากหลายสถาบัน จำนวน 2 ท่านต่อบทความ พร้อมทั้งได้รับข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเนื้อหาให้มีความถูกต้อง ชัดเจน และมีคุณภาพทางวิชาการก่อนการเผยแพร่

ในนามของกองบรรณาธิการ กระผมขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจและติดตามวารสารมาโดยตลอด ขอขอบคุณผู้เขียนที่ให้เกียรติส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการพิจารณากลั่นกรองบทความ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ซึ่งมีส่วนอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพของวารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิให้มีมาตรฐานทางวิชาการและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานสุขภาพปฐมภูมิต่อไป



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทรวิน
บรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ

กองบรรณาธิการ

วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ (Journal of Primary Health Research)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ตามคำสั่งที่ 09/2569 เรื่อง แต่งตั้งบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และกองจัดการวารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

ปรึกษา

อาจารย์สุนทร ปราบเขต

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทรวิน

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.กิริสพล กาละดี

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทาว์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคณัฐ วีระจร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ภก.อวิรุทธิ์ สิงห์กุล

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ไพสิฐ บุญยะกวี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.ภกญ.บุบผา รักษานาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.พท.ป.ไพไลพรรณ ไชยรักษ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.ภกญ.สุขุมารณ์ ศรีวิดิษฐ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

(English Language Editor)

กองจัดการ

อาจารย์จักรินทร์ ปริมาณนท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ชื่อเรื่อง

รหัสบทความ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ตำบลแม่่นาจร อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

e7571

The Relationship Between Health Literacy and Self-Care Behaviors Among Patients with Type 2 Diabetes in the Karen Community, Mae Na Chon Subdistrict, Mae Chaem District, Chiang Mai Province.

อานพพงษ์ แสนสุขอุดมไพร

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอคูระบุรี จังหวัดพังงา

e7714

The Role of Village Health Volunteers in Surveillance Activities for Hypertension Risk Groups at Bangwan Subdistrict Health Promoting Hospital, Kuraburi District, Phang Nga Province.

สมคิด จั่นเอียบ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากกับสภาวะฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

e7599

Relationship between Dental Health Literacy and Oral Health Behavior with Dental Caries Condition in grade 6 students in Huasai district, Nakhon Si Thammarat Province.

ธีร์ แสงไชย

การพัฒนาระบบจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม: บ้านดอนสวรรค์ หมู่ที่ 8 ตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร

e7576

Development of a Participatory Solid Waste Management System to Enhance Health and Reduce Environmental Impacts: A Case Study in Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province.

วิภารัตน์ แม่สุราช

ชื่อเรื่อง

รหัสบทความ

การพัฒนาแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข้าวค่าย จังหวัดสกลนคร

e7575

Development of a Cervical Cancer Screening Promotion Model Through the Participation of Village Health Volunteers at Ban Kuakhai Subdistrict Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province.

ชินฤทัย ไผทาคำ

การพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอฟิปปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

e7669

Development of Rational Laboratory Use Guidelines (RLU Hospital) For Diabetic Patients in the Health Service Network of Phipun District Nakhon Si Thammarat Province.

ปัตติมา ยับ และวิสารีย์ พราหมณ์ชู

ผลของตำรับยาสุขไสยาสน์ที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับ: การศึกษาเชิงสังเกตแบบติดตามไปข้างหน้า

e7682

Prescribing Patterns and Quality of Life Outcomes of a Cannabis-Containing Traditional Thai Medicine (Tamrap Ya Suk Saiyas) in Patients with Insomnia: A Prospective Observational Study.

พิมพ์ลดา พงศ์ชัยขานนท์, ปรีชา หนูทิม, ยุทธนา บุญกัน,

ลักขณา รามวงศ์ และ จักรเวทย์ ต้นแทน

การพัฒนานวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร

e7600

Development of an Innovative Air Mattress from Dialysis Bags for Pressure Ulcer Prevention in Bedridden Patients in Community, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province.

วิญญูพล ปรารค์ทอง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ตำบลแม่แจ่ม อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่
The Relationship Between Health Literacy and Self-Care Behaviors Among
Patients with Type 2 Diabetes in the Karen Community, Mae Na Chon
Subdistrict, Mae Chaem District, Chiang Mai Province

อานพพงษ์ แสนสุขอุดมไพร

Arnuphong Seansookudomprai

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่แฮเหนือ จังหวัดเชียงใหม่

Saensookudomprai Maehaenua subdistrict Health promoting Hospital, Chiang Mai Province

*Corresponding author, e-mail: Sansook327@gmail.com

Received: March 8, 2026; Revised: April 5, 2026; Accepted: April 7, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 174 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 ทุกข้อ และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.9 อายุเฉลี่ย 57.51 ปี พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r_s = 0.276, p < 0.001$), ($r_s = 0.233, p = 0.002$), ($r_s = 0.262, p < 0.001$) และ ($r_s = 0.276, p < 0.001$) ตามลำดับ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในทุกมิติให้เหมาะสมกับภาษาและวัฒนธรรมกะเหรี่ยง เนื่องจากมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง, กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine health literacy, self-care behaviors, and the relationship between health literacy and self-care behaviors among patients with type 2 diabetes in a Karen ethnic community in Mae Chaem District, Chiang Mai Province. A total of 174 participants were recruited using stratified random sampling. The research instrument consisted of a structured interview questionnaire. Content validity was assessed by three experts, yielding an item-objective congruence (IOC) index of 1.00 for all items. Reliability coefficients were 0.91 and 0.85, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results showed that 64.94% of the participants were female, with a mean age of 57.51 years. Both self-care behaviors and health literacy were at a moderate level. Overall health literacy and its domains—functional, interactive, and critical health literacy—were positively correlated at a low level with self-care behaviors ($r_s = 0.28$, $p < 0.01$), ($r_s = 0.23$, $p = 0.01$), ($r_s = 0.26$, $p < 0.01$), and ($r_s = 0.28$, $p < 0.01$), respectively.

The findings highlight the need to enhance health literacy across all dimensions among patients, with interventions tailored to the Karen language and cultural context. Given the significant positive association with self-care behaviors, strengthening family and community roles is also essential to support sustained self-care practices.

Keywords : Patients with Type 2 Diabetes, Karen Ethnic Group, Health Literacy, Self-care Behaviors

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่พบได้ในทุกช่วงวัยทั่วโลก เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ เนื่องจากร่างกายขาดอินซูลินหรือใช้อินซูลินได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เซลล์ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สถานการณ์ทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF) ระบุว่าในปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 537 ล้านคน โดยกว่าร้อยละ 90 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี 2573 และ 783 ล้านคนในปี 2588 นอกจากนี้ ยังมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนมากถึง 6.70 ล้านคน หรือเฉลี่ยเสียชีวิต 1 รายทุก 5 วินาที (International Diabetes Federation, 2021; กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเช่นกัน ข้อมูลสถิติสาธารณสุขพบว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยสะสม 3.30 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ประมาณ 150,000 คน และในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 300,000 คนต่อปี นอกจากนี้ ยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,388 คน หรือคิดเป็นอัตราตาย 25.10 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) โรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการเสียชีวิตของประชากรอย่างมาก และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 95 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึมและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) จากการขาดหรือบกพร่องของการหลั่งและการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนอินซูลินหรือเกิดจากทั้งสองปัจจัยร่วมกัน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557; American Diabetes Association, 2023) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้เกิดความเสียหายและความล้มเหลวของอวัยวะสำคัญหลายระบบ ทั้งภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2559) งานวิจัยด้านการควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ทุก 1% สามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนได้ อาทิ ลดการถูกตัดขาหรือโรคหลอดเลือดส่วนปลาย รุนแรงร้อยละ 43 ลดภาวะแทรกซ้อนทางไตและตา ร้อยละ 37 ลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ร้อยละ 21 ลดโรคหัวใจวายร้อยละ 14 และลดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12 (Stratton et al., 2000) ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยและจำแนกประเภทโรคเบาหวานจึงแนะนำว่า ผู้ป่วยควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ที่ 100–126 mg/dL, ก่อนนอน 100–140 mg/dL, และควรรักษาค่า HbA1c ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2002)

ประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอาศัยอยู่ประมาณ 4 แสนคน โดยมีการกระจายอยู่ตามพื้นที่จังหวัดทางภาคเหนือและภาคตะวันตกของประเทศไทย (ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2559) จังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัด 3 อันดับแรกของประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่อาศัยเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอำเภอแม่แจ่ม คิดเป็นร้อยละ 55 ของประชากรทั้งหมด กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในอำเภอแม่แจ่ม เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่เผชิญความท้าทายด้านสุขภาพจากวิถีชีวิตและวัฒนธรรมเฉพาะตัว พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงยังคงมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การบริโภคอาหารรสจัด การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด (วัชรินทร์ คำสา และเอกลักษณ์ เด็กลอย, 2567) นอกจากนี้ การศึกษาของ Lorga et al. (2012) พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานค่อนข้างต่ำ และมักพึ่งพาการรักษาพื้นบ้านมากกว่าการแพทย์แผน

ปัจจุบัน สอดคล้องกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ (2566) ที่พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลดำเนินการด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ รวมถึงการดำรงคุณภาพชีวิตให้เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวต้องสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของบุคคลนั้น (Orem et al., 2001) งานวิจัยหลายฉบับชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความแตกต่างกัน อาทิ นาทยา พิระวรรณกุล (2565) และอัศนี ศศิภัทรพงศ์ (2565) อยู่ในระดับปานกลาง สุวรรณิ์ สร้อยสงค์และคณะ (2563) อยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้ยังคงมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c สูงกว่า 7% ถึงร้อยละ 61.64 สะท้อนว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอต่อการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, 2560)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งต้องอาศัยการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการความเครียด จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย พบว่าเกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับรู้จัก คือสามารถรับรู้และเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐานได้ แต่ยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่ระดับรู้แจ้ง ซึ่งหมายถึงการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจและปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2559) ขณะที่แนวคิดของ Nutbeam (2000) อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ซึ่งเน้นความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นต้น ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ซึ่งเกี่ยวข้องความสามารถในการสื่อสาร ชักถาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับผู้อื่น และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ซึ่งเป็นระดับที่สูงขึ้น โดยบุคคลสามารถวิเคราะห์ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประกอบการตัดสินใจในบริบทชีวิตจริงได้อย่างเหมาะสม การศึกษาของ Ishikawa et al. (2008) ชี้ให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน งานวิจัยนี้จึงนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบของ Nutbeam มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา โดยพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายมิติ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ

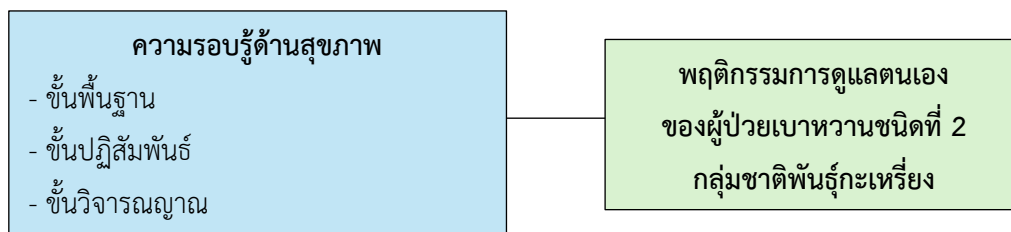
อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ มีประชากรหลากหลายชาติพันธุ์ โดยกลุ่มชาติพันธุ์หลัก ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ปากเอญอ) ซึ่งมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์ม้ง (แม้ว) และกลุ่มชาติพันธุ์ละว้า (ลัวะ) ร้อยละ 4.20 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการกระจายตัวอยู่ในทุกตำบลของอำเภอแม่แจ่ม สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของประชาชนอำเภอแม่แจ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 1.58 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองจำนวนพบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.60 และกลุ่มสงสัยผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 0.27 ขณะที่ปี พ.ศ. 2567 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มเป็นร้อยละ 1.79 ซึ่งเพิ่มสูงถึงร้อยละ 25.64 และกลุ่มสงสัยผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 0.53 ซึ่งสะท้อนแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อจำแนกตามกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงร้อยละ 61.81 ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อื่นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจาก

โรคเบาหวานมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีในอำเภอแม่แจ่มยังไม่พบการศึกษาที่ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแยกศึกษาเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ส่งผลให้ ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนบริบทด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ดังกล่าว โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลแม่นาจร ยัง ไม่ปรากฏอย่างชัดเจน ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กับช่องว่าง ขององค์ความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์ดังกล่าวใน พื้นที่ตำบลแม่นาจร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชุมชนกะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัด เชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 267 คน ตามทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลแม่แจ่ม กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ที่ได้จากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสูตร คำนวณ ของ Daniel (1999) $n = (N \times Z^2 \times p \times q) / (Z^2 \times p \times q + (N-1) \times e^2)$ โดยค่า $N = 267$, $Z = 1.96$, $p = 0.50$, $q = 0.50$ (1-p), $e = 0.05$ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 158 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10 เป็น 174 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิเป็นรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง หลังจากนั้นกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนที่กำหนดแยกตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลแม่แจ่ม และได้รับการวินิจฉัยมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี สมครใจในการตอบแบบสอบถาม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือโรคร่วมรุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเมร็งขณะให้เคมีบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของอารยา เชียงของ (2561) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
2. สถานะสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง การมีภาวะแทรกซ้อน การมีโรคร่วม ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) และวิธีการรักษาโรคเบาหวาน
3. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ข้อคำถามครอบคลุมองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ทั้งหมด 30 ข้อ ได้แก่ ระดับขั้นพื้นฐาน 14 ข้อ ขั้นปฏิสัมพันธ์ 6 ข้อ และขั้นวิจารณ์ญาณ 10 ข้อ คะแนนรวม 150 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแปลผลคะแนนดังนี้ 30 – 74 คะแนน ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ 75 – 119 คะแนน ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 120 – 150 คะแนน ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 6 ข้อ การออกกำลังกาย 6 ข้อ การใช้ยาเบาหวาน 6 ข้อ และการจัดการความเครียด 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ถึง “ปฏิบัติมากกว่า 3 สัปดาห์” มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24.00 – 96.00 คะแนน โดยแปลผลคะแนนดังนี้ 24.00 – 48.00 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ 48.01 – 72.00 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และ 72.01 – 96.00 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ค่าดัชนีความตรง (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับวัตถุประสงค์ด้วยการหาค่า IOC: Index of item objective congruence เท่ากับ 1 ทุกข้อ จากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือทั้งสองชุดไปทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาจริง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ในอำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำโครงร่างงานวิจัยพร้อมกับแบบสอบถามและใบยินยอมของอาสาสมัครเพื่อขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
2. จัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่แจ่ม เพื่อขออนุญาตเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ติดต่อประสานงานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลแม่แจ่ม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอแม่แจ่ม เพื่อบันทึกเวลาในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานตามทะเบียนรายชื่อที่ส่งมา
4. อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยพร้อมกับให้อาสาสมัครอ่านทำความเข้าใจของอาสาสมัคร และทำการลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารยินยอมของอาสาสมัคร
5. เมื่อได้รับความยินยอม ผู้วิจัยและผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแม่แจ่ม ที่ได้รับการชักชวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมแบบสอบถามเป็นอย่างดี เข้ามาช่วยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม
6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมแบบสอบถามดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในวันที่มีคลินิกและในชุมชนกรณีที่ไม่ได้มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลแม่แจ่ม หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแม่แจ่มจนครบตามจำนวน
7. กรณีการเก็บข้อมูลในคลินิกจะประสานเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลแม่แจ่ม โดยผู้วิจัยส่งรายชื่อผู้ป่วยจากที่ส่งมาให้กับเจ้าหน้าที่คลินิก เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อไว้ให้โดยแยกออกจากกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่มารับบริการที่คลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วย Spearman's Rank Correlation Coefficient เนื่องจากพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$) โดยมีระดับความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Hinkle et al. (2003) ดังนี้ ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง $0.00-0.19$ = ต่ำมาก, $0.20-0.39$ = ต่ำ, $0.40-0.59$ = ปานกลาง, $0.60-0.79$ = สูง และ $0.80-1.00$ = สูงมาก

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยได้รับการรับรองการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ 25/2568 วันที่ 29 พฤษภาคม 2568 โดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่อาสาสมัครมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิบังคับข่มขู่ หรือ

การทดลอง หากท่านยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.90 อายุเฉลี่ย 57.51 ปี อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 50 – 59 ปี มากที่สุดร้อยละ 39.10 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.63 อยู่ในช่วงระหว่าง 18.55 – 22.99 kg/m² มากที่สุดร้อยละ 39.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 69.50 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป ระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว (DTX) ส่วนใหญ่น้อยกว่า 126 mg/dL ร้อยละ 61.50 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานร้อยละ 77.00 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 50.60

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกรายด้าน ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (n = 174)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ			M(S.D.)	ระดับ
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)		
ขั้นพื้นฐาน	3 (1.73)	93 (53.44)	78 (44.83)	36.13 (8.95)	ปานกลาง
ขั้นปฏิสัมพันธ์	7 (4.02)	118 (67.82)	49 (28.16)	16.87 (4.47)	ปานกลาง
ขั้นวิจารณ์ญาณ	8 (4.60)	92 (52.87)	74 (42.53)	26.08 (6.63)	ปานกลาง
ภาพรวม	4 (2.29)	101 (58.05)	69 (39.66)	79.08 (18.05)	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกรายด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n = 174)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ระดับ			M(S.D.)	ระดับ
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)		
การบริโภคอาหาร	84 (48.28)	78 (44.83)	12 (6.89)	17.82 (3.37)	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	21 (12.07)	78 (44.83)	75 (43.10)	13.45 (4.19)	ปานกลาง
การรับประทานยา	20 (11.50)	124 (71.26)	30 (17.24)	14.99 (2.95)	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	48 (27.59)	108 (62.07)	18 (10.34)	16.99 (3.16)	ปานกลาง
ภาพรวม	23 (13.22)	136 (78.16)	15 (8.62)	63.29 (9.70)	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.28, p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.35, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.27, p < 0.01$)

ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.23, p = 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.32, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.23, p < 0.01$)

ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.26, p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.33, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.26, p < 0.01$)

ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.28, p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.30, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.24, p < 0.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (n = 174)

ความรู้ ด้านสุขภาพ	ค่า สถิติ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				
		การบริโภค อาหาร	การออกกำลังกาย กาย	การรับประทาน ยา	การจัดการ ความเครียด	ภาพรวม
ขั้นพื้นฐาน	r_s	0.07	0.32**	-0.14	0.23**	0.23**
	p-value	0.37	< 0.01	0.06	0.02	0.02
ขั้นปฏิสัมพันธ์	r_s	0.04	0.33**	-0.09	0.26**	0.26**
	p-value	0.64	< 0.01	0.23	< 0.01	< 0.01
ขั้นวิจารณ์ญาณ	r_s	0.17*	0.30**	-0.08	0.24**	0.28**
	p-value	0.03	< 0.01	0.28	0.01	< 0.01

ความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าสถิติ	พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง				
		การบริโภคอาหาร	การออกกำลังกาย	การรับประทานยา	การจัดการความเครียด	ภาพรวม
ภาพรวม	r_s	0.11	0.35**	-0.13	0.26**	0.28**
	p-value	0.16	< 0.01	0.08	0.01	< 0.01

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

อภิปรายผล

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกรายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ชั้นปฏิสัมพันธ์ และชั้นวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้

1.1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะทักษะการรับรู้และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพผ่านการปฏิสัมพันธ์โดยตรง เช่น ความเข้าใจในคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล รวมถึงความสามารถในการระบุข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของตนเอง (เช่น ประวัติการเจ็บป่วยและวิธีการรับประทานยา) สะท้อนให้เห็นถึงกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการถ่ายทอดข้อมูลเน้นผ่านการฟังและการพูดเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ยังคงพบข้อจำกัดสำคัญในด้านทักษะการอ่านและการทำความเข้าใจสื่อสิ่งพิมพ์สุขภาพเนื่องจากอาจจะไม่ค่อยเข้าใจในภาษามากนัก ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการตีความหรือมักพบข้อความที่ไม่เข้าใจ สภาวะการณ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Leininger (2002) ในมิติของปัจจัยด้านการศึกษาและวัฒนธรรม (Educational and Cultural Factors) ที่ระบุว่า รูปแบบการส่งต่อข้อมูลสุขภาพในระบบบริการสมัยใหม่มักถูกจำกัดด้วยกำแพงทางภาษาและสัญลักษณ์ที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิม ทำให้ความสามารถในการคัดกรองข้อมูลจากสื่อสมัยใหม่ (เช่น Line, YouTube, TikTok, Facebook เป็นต้น) ยังไม่บรรลุประสิทธิภาพในระดับสูงสุด นอกจากนี้ ประสงค์ เอี่ยมอนันต์ และคณะ (2561) ยังยืนยันว่าอุปสรรคเชิงภูมิศาสตร์และความห่างไกลจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยขวางกั้นที่สำคัญ (Barriers) ทำให้ทักษะการสืบค้นข้อมูลในระดับต่ำนี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง

1.2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ครอบคลุมถึงทักษะการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ความมั่นใจในการตอบโต้ข้อมูลอาการเจ็บป่วย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง รวมถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนและต่อรองแนวทางการรักษาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฏฐา จิตจักร (2562) ที่ระบุว่า การขยายตัวของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกลและการใช้ล่ามภาษาถิ่นช่วยลดช่องว่างในการสื่อสาร ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์มีความเชื่อมั่นและกล้าที่จะแสดงออกถึงความต้องการทางสุขภาพของตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การที่ระดับความรู้ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง อาจมีปัจจัยจากบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมเรื่อง "ความเกรงใจ" (Empathetic Consideration) และการยอมรับในอำนาจของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นอัตลักษณ์ดั้งเดิมของชาวกะเหรี่ยงที่มักจะไม่ได้แย้งโดยตรงหากข้อเสนอแนะทางการแพทย์ขัดกับวิถีความเชื่อส่วนบุคคล หากมองในมิติของโครงสร้างทางสังคมและปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Social Structure and Cultural Factors) (Leininger et al., 2002) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะภาษา

เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการยอมรับคุณค่าข้ามวัฒนธรรม การที่ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการ "ต่อรอง" และ "แลกเปลี่ยน" ข้อมูลสุขภาพในระดับปานกลาง ถือเป็นสัญญาณบวกของการปรับตัวเชิงวัฒนธรรม (Culture Care Accommodation) เพื่อบูรณาการระบบการแพทย์สมัยใหม่ให้เข้ากับวิถีชีวิตดั้งเดิมได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) ที่ระบุว่าระบบสนับสนุนทางสังคมในเครือข่ายและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีทักษะการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากระบบบริการสาธารณสุข

1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ครอบคลุมตั้งแต่ทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือของโฆษณาสินค้าสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลก่อนการตัดสินใจนำไปปฏิบัติ การใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของข้อมูลสุขภาพจากสื่อหรือบุคคลรอบข้าง ไปจนถึงความสามารถในการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนคำแนะนำทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของตนเอง ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึง "กระบวนการเปลี่ยนผ่านทางความคิด" (Cognitive Transition) ของผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งเริ่มมีการใช้ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) ในการดูแลตนเองมากขึ้น ไม่ได้เชื่อหรือปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับในทันที สอดคล้องกับแนวคิดของ Leininger (2002) ในมิติของปัจจัยด้านปรัชญาและวิถีชีวิต (Philosophical and Lifeway Factors) ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่จากระบบการแพทย์สมัยใหม่ จะเกิดกระบวนการเปรียบเทียบกับความเชื่อเดิมและบริบททางวัฒนธรรมของตนเองก่อนการตัดสินใจรับมาปฏิบัติ (Culture Care Accommodation) นอกจากนี้ ทักษะในการประเมินความน่าเชื่อถือของอาหารเสริมหรือโฆษณาลดระดับน้ำตาลที่อยู่ในระดับปานกลาง ยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ เนตรนภา กาบบณดี และคณะ (2564) ที่ระบุว่าระดับความรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การที่คะแนนยังไม่บรรลุถึงระดับสูงอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลายในพื้นที่ห่างไกล ดังที่ ประสงค์ เอี่ยมอนันต์ และคณะ (2561) ได้ชี้แจงถึงอุปสรรคเชิงภูมิศาสตร์ที่เป็นข้อขวางกั้นการเข้าถึงสารสนเทศที่ทันสมัย ส่วนมิติของการมีส่วนร่วมในครอบครัว ความสามารถในการแนะนำสมาชิกให้ป้องกันโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในระดับปานกลางนั้น แสดงถึงบทบาทของระบบเครือข่ายที่เป็นโครงสร้างสำคัญในสังคมกะเหรี่ยง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารภายในกลุ่มชาติพันธุ์ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการตนเอง ซึ่งทักษะในขั้นวิจารณ์ญาณนี้จะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยให้มีความยั่งยืน หากได้รับการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นฐานของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ในภาพรวม และพฤติกรรมรายด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความพยายามในการปรับตัวเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีเงื่อนไขด้านบริบทวัฒนธรรมในการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากรูปแบบอาชีพที่ต้องใช้แรงงานสูง เช่น การทำเกษตรบนพื้นที่สูง ส่งผลให้มีการบริโภคข้าวในปริมาณมาก ซึ่งขัดกับหลักการควบคุมคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินระดับปานกลางสะท้อนถึงการ

เริ่มตระหนักรู้เรื่องการควบคุมอาหาร แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนจากวิถีการกินดั้งเดิมได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศนีย์ จินะธรรม และคณะ (2561) ที่พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีการบริโภคผักไม่หลากหลายรับประทานผักและผลไม้สดในปริมาณน้อย รวมถึงมีความเชื่อด้านสุขภาพที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมอาหาร เช่น ความเชื่อว่าการรับประทานผลไม้สดมีผลมากกว่าอาหาร หรือไม่ยอมรับคำแนะนำด้านโภชนาการบางประการ นอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มการบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่มีแป้งและไขมันสูงในกลุ่มชาวกะเหรี่ยงที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เสี่ยงมากขึ้น (อนงค์ คำตัน และคณะ, 2561) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของ Leininger et al. (2002) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพถูกกำกับด้วยคุณค่าและความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ฝังรากลึก ชาวกะเหรี่ยงจึงมีการผสมผสานคุณค่าทางสังคมแบบดั้งเดิมเข้ากับวิถีชีวิตสมัยใหม่ แต่การรับวัฒนธรรมอาหารร่วมสมัยโดยขาดการพิจารณาด้านโภชนาการที่เหมาะสมก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงทางวัฒนธรรม (Cultural Risk Factors) ซึ่งทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมยังคงอยู่เพียงระดับปานกลาง และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคในระยะยาว

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากวิถีชีวิตส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับงานเกษตรบนพื้นที่สูงที่ต้องทำงานตั้งแต่ตอนเช้าจรดตอนเย็น ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและลดโอกาสในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มเติม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมองว่าการออกกำลังกายรวมอยู่ในกิจกรรมประจำวัน เช่น การเดินในไร่หรือทำงานบ้าน มากกว่าการออกกำลังกายแบบมีโครงสร้าง ประเด็นดังกล่าวสะท้อนความคลาดเคลื่อนเชิงมโนทัศน์ระหว่างนิยามทางการแพทย์กับการปฏิบัติจริงในบริบทวัฒนธรรม โดยชาวกะเหรี่ยงมีความเชื่อว่าการทำงานหนักถือเป็นการทดแทนการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของ Leininger (2002) ในมิติของ “คุณค่าและความเชื่อทางวัฒนธรรม” ที่ให้ความสำคัญกับแรงงานเพื่อดำรงชีพเป็นหลัก นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านร่างกายตามวัยและปัจจัยด้านภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่สูงชันยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประสงค์ เอี่ยมอนันต์ และคณะ (2561) ที่รายงานว่าภูมิประเทศและสรีระของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่ลดทอนความสามารถในการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในกลุ่มชาติพันธุ์นี้จำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Culture Care Repatterning) โดยบูรณาการลักษณะการใช้แรงงานในวิถีชีวิต เช่น ทำางการทำงานเกษตร เข้ากับหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความสอดคล้องทางวัฒนธรรมและสามารถปฏิบัติได้จริงอย่างยั่งยืนในบริบทของผู้ป่วย

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลางนั้นสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางการแพทย์ (Medical Transition) ของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งเดิมมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้านคมนาคมและภูมิศาสตร์เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความเชื่อถือและการพึ่งพาการรักษาแบบพื้นบ้านผ่านหมอผีและหมอดำเฒ่าในชุมชน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่ามีการยอมรับและเชื่อถือในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ณิชริญา จิตจักร (2562) ที่ระบุว่า การขยายตัวของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีความครอบคลุม ตลอดจนการพัฒนาทักษะการสื่อสารผ่านล่ามภาษาถิ่นและการปรับปรุงคุณภาพบริการ ช่วยลดช่องว่างทางวัฒนธรรมและส่งเสริมการเข้าถึง

ระบบสาธารณสุขของกลุ่มชาติพันธุ์ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ พฤติกรรมการรับประทานยาในระดับปานกลางยังได้รับอิทธิพลจาก ระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support System) ในรูปแบบเครือญาติและชุมชน ดังที่ วัชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) สังเกตเห็นพฤติกรรมการช่วยเหลือกันในการเดินทางไปรับบริการทางการแพทย์และรับยาแบบกลุ่ม ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวเพื่อก้าวข้ามอุปสรรคด้านการเดินทาง เมื่อพิจารณาผ่านกรอบแนวคิดของ Leininger ในเรื่อง การปรับตัวและการเจรจาต่อรองทางวัฒนธรรม (Culture Care Accommodation and Negotiation) จะเห็นได้ว่า แม้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงจะเริ่มบูรณาการแผนการรักษาแบบสมัยใหม่เข้ากับวิถีชีวิตดั้งเดิม แต่การที่ผลยังอยู่ในระดับปานกลางอาจเป็นเพราะกระบวนการเปลี่ยนผ่านนี้ยังไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยยังคงอยู่ท่ามกลางการตัดสินใจระหว่างความเชื่อเดิมและแนวทางใหม่ การยกระดับพฤติกรรมจึงต้องอาศัยกลยุทธ์ การอนุรักษ์ (Care Preservation) ส่วนที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Care Repatterning) เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในการบริหารยาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงการใช้กลไกการปรับตัวทางสังคมและวัฒนธรรมเพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจ โดยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงให้ความสำคัญกับระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ผ่านการปฏิสัมพันธ์และระบายความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ทศนีย์ จินะธรรม และคณะ (2561) นอกจากนี้ยังมีการใช้กิจกรรมนันทนาการเชิงวัฒนธรรม เช่น การเล่น “นาแตง” และวิธีการพึ่งพาสิ่งแวดล้อมอย่างการเดินป่าเพื่อหาอาหาร เป็นเครื่องมือในการผ่อนคลายความตึงเครียดจากการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรินทร์ คำสา และคณะ (2564) อย่างไรก็ตาม พบประเด็นที่น่ากังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมผ่านการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2556) พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อพยาธิสภาพของโรค เนื่องจากภาวะเครียดเรื้อรังจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาททากัส (Vagus Nerve) และส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนกลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) อย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวจะเพิ่มระดับกรดไขมันในกระแสเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ มีประเด็นสำคัญในการอภิปรายดังนี้

3.1 ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.28, p < 0.01$) ซึ่งยืนยันว่าระดับความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพ เป็นปัจจัยต้นน้ำที่ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมโรคเบาหวาน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษฎา เจริญรัตน์ (2562) แม้ว่าค่าสหสัมพันธ์ในกลุ่มชาติพันธุ์จะมีระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงอิทธิพลของบริบททางภูมิศาสตร์ที่ห่างไกล และภาษาเขียนที่จำกัดการรับรู้ข้อมูลเชิงลึก ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.35, p < 0.01$) เมื่อเทียบกับพฤติกรรมด้านอื่น มิตินี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ได้รับการพัฒนาความรู้จะเกิดการ "ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์" (Paradigm Shift) ในการจำแนกความแตกต่างระหว่างกิจกรรมทางกายจากการทำงาน (Physical Activity) และการออกกำลังกายแบบมีแผนงาน (Structured Exercise) เพื่อการบำบัดโรค สอดคล้องกับกลยุทธ์การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Care Repatterning) ของ Leininger (2002) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยบูรณาการการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตบน

พื้นที่สูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการความเครียด ($r_s = 0.26, p < 0.01$) ซึ่งให้เห็นว่าทักษะความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงวิธีการผ่อนคลายที่สร้างสรรค์และเหมาะสมกับโรคเบาหวาน แทนการใช้กลไกการจัดการในทางที่ผิด เช่น การดื่มสุราเพื่อคลายความเมื่อยล้าตามความเชื่อเดิม สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ยุทธการ ประพากรณ์ และคณะ (2564) ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุกะเหรี่ยง และช่วยยกระดับความสามารถในการจัดการตนเองท่ามกลางภาวะกดดันของโรคเรื้อรัง

3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.23, p < 0.01$) รวมถึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.32, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.23, p < 0.01$) ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้

3.2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งหมายถึง ทักษะการอ่าน การเขียน และการคำนวณเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ความสัมพันธ์เชิงบวกที่ระดับนัยสำคัญนี้บ่งชี้ว่า เมื่อผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐาน เช่น วิธีการรับประทานยา หรือคำแนะนำเบื้องต้นจากบุคลากรทางการแพทย์ จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษามากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่าความรู้ขั้นพื้นฐานเป็นเงื่อนไขจำเป็นในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพ แม้ในบริบทกลุ่มชาติพันธุ์จะมีข้อจำกัดทางภาษา แต่การรับรู้ข้อมูลผ่านการสื่อสารด้วยวาจา (Oral Literacy) ที่ดีขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงข้อมูลสู่การปฏิบัติได้ ความรอบรู้ขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงสุด ($r_s = 0.32, p < 0.01$) สะท้อนว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่าง "กิจกรรมทางกายจากการทำงาน" และ "การออกกำลังกายเพื่อการรักษา" จะเกิดความตระหนักและพยายามปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สิ่งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (2002) ในมิติของการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Care Repatterning) โดยผู้ป่วยใช้ความรู้พื้นฐานที่ได้รับมาประเมินวิถีชีวิตเดิมและบูรณาการการออกกำลังกายแบบมีแผนงานเข้ากับบริบทการทำงานในไร่นาได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียด ($r_s = 0.23, p < 0.01$) บ่งชี้ว่าทักษะความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการปฏิบัติตนเบื้องต้น จะส่งผลให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง และสามารถเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์ควบคู่ไปกับวิถีวัฒนธรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุทธการ ประพากรณ์ และคณะ (2564) ที่พบว่าระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตและลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชาติพันธุ์

3.1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.26, p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.33, p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.26, p < 0.01$) ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ซึ่งครอบคลุมถึงทักษะการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการกล้าซักถามบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงสามารถ "เข้าถึง" แผนการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองได้ ความสัมพันธ์เชิงบวกที่ปรากฏนี้สะท้อนว่า เมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการสื่อสารและกล้าที่จะต่อรณรงค์แนวทางการดูแลรักษา กับทีมสุขภาพ จะส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาและการดูแลตนเองในภาพรวมสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ

Nutbeam (2000) ที่ระบุว่าความรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจภายใต้สภาวะทางสังคมที่แตกต่างกัน ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.33$, $p < 0.01$) ซึ่งให้เห็นว่าทักษะการปฏิสัมพันธ์ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารเพื่อขอรับคำแนะนำเชิงเทคนิคเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ในบริบทของชาวกะเหรี่ยงแม่แจ่มที่มีวัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทักษะนี้ยังอาจรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อนบ้านและครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในการออกกำลังกายร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของธารารัตน์ สัญญะโม และนรินทร์ สังข์รักษา (2567) ที่พบว่าทักษะการตอบโต้ชักถามเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ห่างไกล ความรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ($r_s = 0.26$, $p < 0.01$) สะท้อนถึงอัตลักษณ์ของชาวกะเหรี่ยงที่เน้นการสื่อสารภายในกลุ่มสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านเพื่อคลายความวิตกกังวล การมีทักษะการสื่อสารที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึกและแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตของโรคได้ทันทั่วทั้งที่ สอดคล้องกับแนวคิดการประนีประนอมและการปรับตัวเชิงวัฒนธรรม (Culture Care Accommodation) ของ Leininger (2002) ที่ระบุว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (หรือคนในชุมชน) จะช่วยสร้างสภาวะสมดุลทางจิตใจและลดพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม

3.1.3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม ($r_s = 0.28$, $p < 0.01$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.30$, $p < 0.01$) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r_s = 0.24$, $p < 0.01$) ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นระดับสูงสุดขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนตัดสินใจปฏิบัติ ความสัมพันธ์เชิงบวกที่ปรากฏนี้สะท้อนว่า เมื่อผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องออกจากโฆษณาชวนเชื่อหรือความเชื่อที่คลาดเคลื่อนได้ จะส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่าความรู้ในระดับนี้เป็นกลไกสำคัญในการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของตนเองได้ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r_s = 0.30$, $p < 0.01$) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ขั้นวิจารณ์ญาณจะไม่ได้เพียงแค่ปฏิบัติตามคำสั่ง แต่จะใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการออกกำลังกายที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ในบริบทของชาวกะเหรี่ยงซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทักษะนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่าการทำงานหนักในไร่มีความแตกต่างจากการออกกำลังกายเพื่อการรักษาอย่างไร และนำข้อมูลไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของร่างกาย สอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล (Care Repatterning) ของ Leininger (2002) ที่เน้นการบูรณาการความรู้ใหม่เข้ากับวิถีชีวิตดั้งเดิมอย่างสมเหตุสมผล ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียด ($r_s = 0.24$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าทักษะการคิดวิเคราะห์ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ตระหนกต่อข้อมูลสุขภาพที่คลาดเคลื่อนหรือข่าวลือที่อาจกระตุ้นความวิตกกังวล ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเสริมลดน้ำตาล) ช่วยลดความเครียดจากการลองผิดลองถูก และนำไปสู่การเลือกใช้วิธีผ่อนคลายที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ เนตรนภา กาบมณี และคณะ (2564) ที่เน้นย้ำว่าการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเป็นปัจจัยตัดสินใจที่สำคัญในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมหรือมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง โดยมุ่งพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในมิติที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต

2. จากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ให้เป็นผู้นำหรือต้นแบบด้านการสื่อสารสุขภาพ เพื่อช่วยถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างความเข้าใจร่วมกันในชุมชน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

3. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด บุคลากรด้านสุขภาพควรพัฒนาเครื่องมือสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับระดับทักษะของผู้ป่วย เช่น สื่อที่ใช้ภาพ สี และสัญลักษณ์แทนข้อความตัวอักษร รวมถึงการปรับรูปแบบสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพจากการใช้ตัวเลขเป็นรูปแบบสีหรือสัญลักษณ์ เพื่อช่วยลดอุปสรรคด้านภาษาเขียนและสนับสนุนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรมุ่งศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

2. จากผลการศึกษาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในอนาคตควรมุ่งพัฒนานวัตกรรมหรือสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทด้านภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น แอปพลิเคชันหรือสื่อดิจิทัลในรูปแบบเสียงภาษาถิ่น หรือสื่อภาพเคลื่อนไหว/การ์ตูนสั้น เพื่อทดสอบประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และสามารถขยายผลการศึกษาไปยังกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ เช่น ลาหู่ ม้ง หรือลีซอ เพื่อเปรียบเทียบและพัฒนาแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับความหลากหลายทางชาติพันธุ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขภาพ และมหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). การสำรวจความรู้แจ้งแฉกด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2566). ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 2561–2565. <https://shorturl.asia/u4lP3>
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2554. กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฎา เจริญรื่น. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 1–13.
- ณัฏฐริญา จิตจักร. (2562). พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชนเผ่ากาเกอะญอ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. *ลำปางเวชสาร*, 40(1), 10–16.
- ทัศนีย์ จินะธรรม, กิรภัทร คุ่มเนตร, และ พิษณุรัตน์ กันทวี. (2561). การศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 10(1), 179–192.
- ธารรัตน์ สัญญะโม, และ นรินทร์ สังข์รักษา. (2567). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารสังคมและวัฒนธรรม*, 8(5), 279–292.
- ประสงค์ เอี่ยมอนันต์, กรรณิการ์ ตะวิไชย, และ กนกวรรณ เอี่ยมอนันต์. (2561). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของกลุ่มชาติพันธุ์ในเขตพื้นที่สูง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*.
- ยุทธการ ประพากรณ์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ เดชา ทำดี. (2564). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง. *พยาบาลสาร*, 48(1), 67–79.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับเบาหวาน 2557*. หจก. อรุณการพิมพ์.
- วัชรินทร์ คำสา, วรณรัตน์ ลาวัจ, และ สมสมัย รัตนกริธากุล. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดตาก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 76–89.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. อักษรกราฟฟิคดีไซน์.
- ศุณย์มานุ ษยวิทยาสิทธิธร. (2559). *ฐานข้อมูลงานวิจัยทางชาติพันธุ์ในประเทศไทย*. <http://www.sac.or.th/databases/ethnicredb/articles.php>

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคณา โคตนา, รัชฎาพร ธรรมน้อย, อรพิน ยอดกลาง, และ บุชบา อนุศักดิ์. (2556). ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย: ความแตกต่างทางเพศภาวะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(3), 245–256.
- สุวรรณ ศรี้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เฟื่องทอง, และ คุณญา แก้วทันคำ. (2563). คุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสต์เทิร์นเอเชีย*, 14(1), 72.
- อนงค์ คำตัน, วันเฉลิม ฤทธิมนต์, และ สุรางค์รัตน์ พ้องพาน. (2566). ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของประชากรวัยทำงานกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) ตำบลเวียงเหนือ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *Phrae Medical Journal and Clinical Sciences*, 31(1), 43–58.
- อารยา เขียงของ. (2561). *ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน [ดุชนิพนธ์]*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- American Diabetes Association. (2023). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 46(Suppl. 1), S19–S40.
- Daniel, W. W. (1999). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (7th ed.). John Wiley & Sons.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). <https://diabetesatlas.org/>
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874–879.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Lorga, T., Srithong, K., Manokulanan, P., Aung, T. N., & Aung, M. N. (2012). Public knowledge of diabetes in Karen ethnic rural residents. *International Journal of General Medicine*, 799–804.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (2002). *Diabetes Care*, 25(Suppl. 1), S5–S20. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.2007.s5>
- Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., Hadden, D., Turner, R. C., & Holman, R. R. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35). *BMJ*, 321(7258), 405–412. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7571



บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง
โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอกุระบุรี จังหวัดพังงา

The Role of Village Health Volunteers in Surveillance Activities for
Hypertension Risk Groups at Bangwan Subdistrict Health Promoting
Hospital, Kuraburi District, Phang Nga Province

สมคิด จันเียบ

Somkid Juneiab

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอกุระบุรี จังหวัดพังงา

Bangwan Subdistrict Health Promoting Hospital, Kuraburi District, Phang Nga Province

*Corresponding author, e-mail: arneensana@gmail.com

Received: April 16, 2026; Revised: May 10, 2026; Accepted: May 18, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอกุระบุรี จังหวัดพังงา จำนวน 86 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67–1.00 มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ($M = 4.37$, $SD = 0.54$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรักษา (การดูแล เบื้องต้น) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.48$) รองลงมา คือ ด้านการฟื้นฟูสภาพ ($M = 4.40$) ด้านการป้องกันโรค ($M = 4.39$) และด้านการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 4.21$) ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ทักษะต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับบทบาทของ อสม. ($r = 0.451$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับบทบาทของ อสม. ($r = 0.634$) ผลการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. โดยให้การเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกและแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาเพื่อยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง, โรคความดันโลหิตสูง, ทักษะ, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the role of Village Health Volunteers (VHVs) in hypertension risk group surveillance and to examine the associations among personal characteristics, attitudes, and social support with their role performance. The sample comprised 86 VHVs at Bangwan Subdistrict Health Promoting Hospital, Kuraburi District, Phang Nga Province. Data collection was carried out using a structured questionnaire, validated by three experts with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.67–1.00 and a reliability coefficient of 0.95, and analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results indicated that the overall performance of VHVs in hypertension risk group surveillance was at a high level ($M = 4.37$, $SD = 0.54$). Considering each domain, curative care/basic care had the highest mean score ($M = 4.48$), followed by rehabilitation ($M = 4.40$), disease prevention ($M = 4.39$), and health promotion had the lowest mean score ($M = 4.21$), with all domains rated at a high level. Factors statistically significantly correlated with VHVs' role performance ($p < 0.05$) included attitude toward surveillance, which demonstrated a moderate positive correlation ($r = 0.451$), and social support, which showed a high positive correlation ($r = 0.634$). These findings can serve as guidelines for Subdistrict Health Promoting Hospitals and relevant agencies in formulating plans and policies for hypertension risk group surveillance by VHVs, with emphasis on strengthening positive attitudes and social support to improve the efficiency of community-based surveillance and disease prevention.

Keywords : Village Health Volunteers, Risk Group Surveillance, Hypertension, Attitude, Social Support

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและของประเทศไทยโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และภาวะสมองเสื่อม องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2024 ประชากรโลกอายุ 30-79 ปี มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 1,400 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 33 ของประชากรในกลุ่มอายุดังกล่าว และมีเพียงร้อยละ 23 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (World Health Organization, 2025) นอกจากนี้ NCD Risk Factor Collaboration (2021) รายงานแนวโน้มความชุกโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 1990-2019 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเร่งด่วนของการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในระดับชุมชน สำหรับประเทศไทย รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าความชุกโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 14 ล้านคน ประกอบกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) กระทรวงสาธารณสุขได้นำยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นกลวิธีสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกขับเคลื่อนระดับชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ม.ป.ป.) ปัจจุบันประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกว่า 1.04 ล้านคน กระจายอยู่ทั่วประเทศ (World Health Organization, 2020) หลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับนานาชาติยืนยันว่าอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดย Khetan et al. (2022) พบว่าการแทรกแซงที่นำโดย Community Health Workers มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ ในการลดความดันโลหิตของประชากรกลุ่มเสี่ยงในประเทศรายได้น้อยและปานกลาง และ Neupane et al. (2020) แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีในเนปาลสามารถคัดกรองและจัดการโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสาธารณสุขชุมชนแบ่งเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ บทบาททั้ง 4 ด้านนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เนื่องจากหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนทั้งกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถลดอัตราการป่วย พิการ และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 4,100 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 110 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน, 2568) จากผลการดำเนินงานเฝ้าระวังคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 300 คนในปี พ.ศ. 2566 เป็น 350 คนในปี พ.ศ. 2567 และเพิ่มขึ้นเป็น 550 คน ในปี พ.ศ. 2568 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 57.14 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า ขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดในพื้นที่เพิ่มจาก 439 คนในปี พ.ศ. 2565 เป็น 476 คนในปี พ.ศ. 2567 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน, 2568) ทศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคคล โดย Allport (1935, อ้างถึงใน กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2563) ให้คำนิยามทศนคติว่าเป็นสภาวะความพร้อมทางจิตใจหรือระบบประสาทที่ถูกจัดเตรียมไว้จากประสบการณ์ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงและพลวัตต่อการตอบสนองของบุคคลต่อวัตถุและสถานการณ์ต่าง ๆ ทศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความคิดและความเชื่อ (Cognitive component) ความรู้สึก (Affective component)

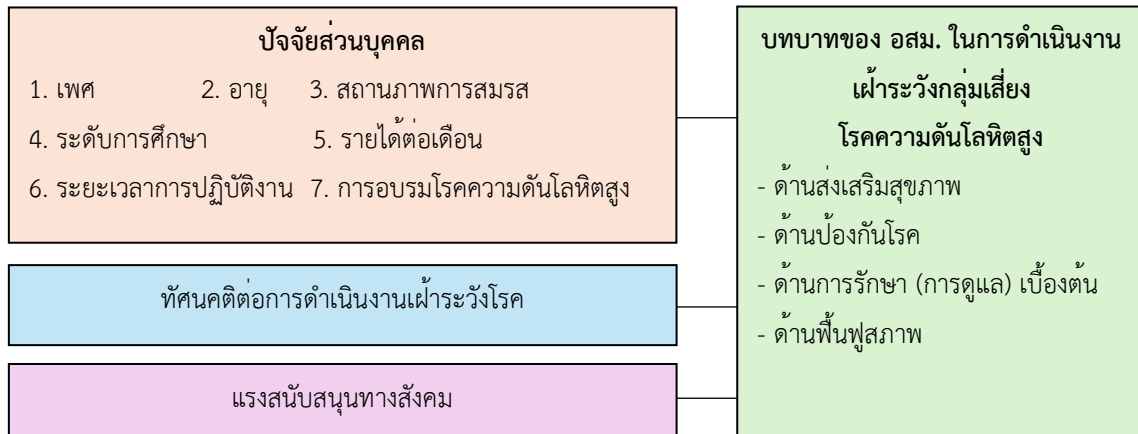
และแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral component) ในบริบทของการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ทักษะที่ดีต่อการปฏิบัติงานจะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่น และปฏิบัติบทบาทในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรินทร์ สมบูรณ์ (2564) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของบุญเพ็ง ศิลาลาอ (2565) ที่พบว่าทัศนคติเชิงบวกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติบทบาทการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากทัศนคติแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดย House (1981) ได้อธิบายแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นใน 4 มิติ ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ และความไว้วางใจ (2) การสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal support) ประกอบด้วย การยืนยัน การตอบรับ และการเปรียบเทียบทางสังคม (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ประกอบด้วย การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการให้ข้อมูล และ (4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) ประกอบด้วย การช่วยเหลือด้านแรงงาน เวลา เงิน และสิ่งอำนวยความสะดวก เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 มิติอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครอบครัว และชุมชน จะส่งผลให้มีความมั่นใจ แรงจูงใจ และความผูกพันในการปฏิบัติบทบาทเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัมราสาเหล็ก (2567) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Odiwuor et al. (2024) ที่พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากระบบสาธารณสุขและชุมชนมีอิทธิพลสำคัญต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศเคนยา ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องศึกษา แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในหลายพื้นที่ แต่ยังขาดการศึกษาในบริบทของ รพ.สต. ขนาดเล็ก ในพื้นที่ภาคใต้ที่มีบริบทชุมชนเฉพาะ งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาและพัฒนาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษาบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดบทบาทของ อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ปี 2568 จำนวน 110 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 86 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ (1) เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน ในปี พ.ศ. 2568 (2) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ (3) สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการหยิบสลากรายชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ทั้งหมดโดยอิงจากแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ แนวคิดบทบาทของ Hardy and Conway (1988) ร่วมกับบทบาทตามที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554) และกรมควบคุมโรค (2566) กำหนด แนวคิดทัศนคติของ Allport (1935) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. และการอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับข้อความเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยคำนวณช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น = 0.80 ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50	หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับข้อความเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเอง โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยคำนวณช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น = 0.80 ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00	หมายถึง มีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50	หมายถึง มีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50	หมายถึง มีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50	หมายถึง มีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50	หมายถึง มีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการป้องกันโรค 3) ด้านการรักษา (การดูแลเบื้องต้น) และ 4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านละ 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับข้อความเชิงลบผู้วิจัยจะกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเอง โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยคำนวณช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น = 0.80 ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00	หมายถึง มีบทบาทอยู่ในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50	หมายถึง มีบทบาทอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50	หมายถึง มีบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50

หมายถึง มีบทบาทอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50

หมายถึง มีบทบาทอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้าน
วิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสาธารณสุข 2 คน ซึ่งเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง
ครบถ้วนของเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.67 – 1.00
จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ จำนวน 30 คน กับ อสม. ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอ
กระบุรี จังหวัดพังงา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ดังนี้ ด้านทัศนคติเท่ากับ 0.80 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม
เท่ากับ 0.89 และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระบุรี เพื่อส่งหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เพื่อดำเนินการ
ทำวิจัยและขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเสนอต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บางวัน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถาม
พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ โดยผู้วิจัยได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายก่อนการเก็บ
ข้อมูล
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแจกให้กับกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายวันที่จะไปขอรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน
ระยะเวลาที่กำหนด ในกรณีที่มิได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยจะติดต่อประสานทางโทรศัพท์และส่งแบบสอบถามซ้ำ
ต่อไปจนครบจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 86 คน
5. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนที่จะนำมาประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้อธิบายปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง แรง
สนับสนุนทางสังคม และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความ
ดันโลหิตสูง
2. สถิติเชิงอ้างอิง ดังนี้
 - 2.1 ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และการอบรมโรคความดันโลหิต
สูง ใช้สถิติ Fisher's exact Test เนื่องจากมีค่าความคาดหวัง (Expected frequency) ในบางช่องของตารางน้อยกว่า 5
เกินกว่าร้อยละ 20 ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของ Chi-square Test ที่เหมาะสมกว่าสำหรับตารางที่มีค่าความคาดหวัง
น้อยกว่า 5
 - 2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลบทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p = 0.09$) จึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ทักษะต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง และแรงสนับสนุนทางสังคม กำหนดค่าความสัมพันธ์ (Bartz, 1999) ดังนี้

ความสัมพันธ์สูงมาก	มีค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.80 – 1.00
ความสัมพันธ์สูง	มีค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.60 – 0.79
ความสัมพันธ์ปานกลาง	มีค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.40 – 0.59
ความสัมพันธ์ต่ำ	มีค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.20 – 0.39
ความสัมพันธ์ต่ำมาก	มีค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.01 – 0.19

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา กระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2568 ตามรหัสโครงการเลขที่ PNP2025/059.1510 เอกสารรับรองเลขที่ COA.PNP2025/055.2612

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.86 อายุเฉลี่ย 52.40 ปี ($SD = 10.92$) ช่วงอายุ 40–49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 30.23 สถานภาพสมรส (คู่) มากที่สุด ร้อยละ 75.58 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.37 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,022.09 บาท ($SD = 4,748.26$) โดยมีช่วงรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 86.05 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. เฉลี่ย 16.17 ปี โดยพบช่วงระยะเวลามากกว่า 20 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 34.88 และเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.02

2. บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาพรวมระดับบทบาทอยู่ในระดับมาก ($M = 4.37$, $SD = 0.54$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรักษา (การดูแลเบื้องต้น) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.48$, $SD = 0.58$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านการฟื้นฟูสภาพ ($M = 4.40$, $SD = 0.62$) และด้านการป้องกันโรค ($M = 4.39$, $SD = 0.56$) อยู่ในระดับมากเท่ากัน และด้านการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 4.21$, $SD = 0.65$) อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ระดับบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา ($n=86$)

ระดับบทบาทของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรักษา (การดูแลเบื้องต้น) ($M = 4.48$, $SD = 0.58$)		
มาก	78	90.70
ปานกลาง	8	9.30

ระดับบทบาทของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการป้องกันโรค (M=4.39, SD =0.56)		
มาก	75	87.21
ปานกลาง	10	11.63
น้อย	1	1.16
ด้านการฟื้นฟูสภาพ (M= 4.40, SD = 0.62)		
มาก	75	87.21
ปานกลาง	10	11.63
น้อย	1	1.16
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (M= 4.21, SD = 0.65)		
มาก	71	82.56
ปานกลาง	15	17.44
ภาพรวม (M= 4.37, SD = 0.54)		
มาก	77	89.53
ปานกลาง	9	10.47

3. บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการอบรมโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และการอบรมโรคความดันโลหิตสูง กับ บทบาทของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	ระดับความสัมพันธ์		สถิติ	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	0 (0.00)	7 (8.14)	Fisher's exact Test	1.00
หญิง	4 (4.65)	75 (87.21)		
สถานภาพการสมรส				
โสด	0 (0.00)	5 (5.81)	Fisher's exact Test	0.50
สมรส	3 (3.49)	62 (72.09)		
หม้าย/หย่า/แยกกัน	1 (1.16)	15 (17.44)		
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า/เทียบเท่า ม.ปลาย	2 (2.33)	67 (77.91)	Fisher's exact Test	0.17
สูงกว่า ม.ปลาย	2 (2.33)	15 (17.44)		

ปัจจัย	ระดับความสัมพันธ์		สถิติ	p-value
	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การอบรมโรคความดันโลหิตสูง				
ไม่เคย	1 (1.16)	5 (5.81)	Fisher's exact Test	0.26
เคย	3 (3.49)	77 (89.53)		

* p-value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนทัศนคติต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับบทบาทของ อสม. ($r = 0.451$) และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับบทบาทของ อสม. ($r = 0.634$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ทัศนคติต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา ($n=86$)

ปัจจัย	การปฏิบัติงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.131	0.229	-
รายได้ต่อเดือน	-0.102	0.352	-
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	0.199	0.067	-
ทัศนคติต่อการดำเนินงานเฝ้าระวัง	0.451	<0.001*	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.634	<0.001*	สูง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

อภิปรายผล

1. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา อภิปรายผลได้ดังนี้ ภาพรวมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ($M = 4.37$, $SD = 0.54$) ซึ่งอธิบายได้จากแนวคิดบทบาทของ Hardy and Conway (1988) ที่ระบุว่า การปฏิบัติบทบาทอย่างมีประสิทธิภาพเกิดจากการที่บุคคล มีความเข้าใจในบทบาทของตนอย่างชัดเจนและได้รับการยอมรับจากสังคม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในชุมชนมาอย่างต่อเนื่องเฉลี่ย 16.17 ปี ย่อมมีความเข้าใจบทบาทของตนในฐานะผู้เชื่อมประสานระหว่างสถานบริการสาธารณสุขกับชุมชนเป็นอย่างดี ทำให้สามารถปฏิบัติบทบาทได้ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพอย่างมี

ประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การที่ชุมชนให้การยอมรับ อสม. ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของไชยณรงค์ นาวิก (2563) ที่ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่มีบทบาทในการเฝ้าระวังอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของ หวานใจ ธรรมะ (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ มากเช่นกัน ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิภาพการทำงานในชุมชนและการได้รับการยอมรับจากสังคมเป็น กลไกสำคัญที่ขับเคลื่อนให้บทบาทของ อสม. อยู่ในระดับสูง

2. ทศนคติต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก ($r = 0.451$) กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน อำเภอ กระบุรี จังหวัดพังงา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งอธิบายได้จากแนวคิดทศนคติของ Allport (1935) ที่ระบุว่าทศนคติเป็นสภาวะความพร้อมทางจิตใจที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการตอบสนองและพฤติกรรมของบุคคล โดยทศนคติที่ดีจะนำไปสู่พฤติกรรม การปฏิบัติงานที่ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) ของ Ajzen (1991) ที่อธิบายว่าทศนคติต่อพฤติกรรมเป็นตัวทำนายสำคัญของความตั้งใจ ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติจริง กล่าวคือ เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเชื่อมั่นว่าบทบาทของตนมีความสำคัญต่อการป้องกันโรคในชุมชน (องค์ประกอบด้านความคิดและความเชื่อ) มีความภาคภูมิใจและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงาน (องค์ประกอบด้าน ความรู้สึก) และมีความเต็มใจในการให้บริการตรวจคัดกรองอย่างเท่าเทียม (องค์ประกอบด้านแนวโน้มพฤติกรรม) ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้จะทำงานร่วมกันเป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดความมุ่งมั่นและทุ่มเทในการปฏิบัติบทบาทเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ที่ทศนคติมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = 0.451$) ไม่ใช่ระดับสูง อาจเป็นเพราะทศนคติเป็นเพียงปัจจัยภายในส่วนบุคคล ซึ่งยังต้องอาศัยปัจจัยเสริมจากภายนอก เช่น แรงสนับสนุนจากระบบสาธารณสุขและชุมชนจึงจะแปลงเป็นการปฏิบัติบทบาทได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรินทร์ สมบูรณ์ (2564) ที่ศึกษาทศนคติต่อการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าทศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ บทบาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญเพ็ง ศิลาอาจ (2565) ที่พบว่าทศนคติเชิงบวกเป็น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ แรงสนับสนุนทาง สังคม มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก ($r = 0.634$) กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งอธิบายได้จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่ระบุว่าบุคคลจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนครบ ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และด้านการประเมินผล เพื่อให้สามารถปฏิบัติ บทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลไกที่อธิบายได้คือ เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสารและการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับเครื่องมืออุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต และได้รับ การยอมรับจากผู้นำชุมชน ครอบครัว และประชาชน บุคคลจะรับรู้ว่ามีคุณค่า มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และ มีความผูกพันต่อบทบาทของตนมากขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่แตกต่างจากทศนคติที่เป็นปัจจัยภายใน เพราะแรง สนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถกระตุ้นและเสริมแรงพฤติกรรม การปฏิบัติงานได้โดยตรงและต่อเนื่อง

ซึ่งอธิบายได้ว่าเหตุใดแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.634$) จึงมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. สูงกว่าทัศนคติ ($r = 0.451$) เพราะในบริบทของ อสม. ซึ่งเป็นอาสาสมัครที่ไม่มีค่าตอบแทนหลัก การได้รับแรงหนุนจากระบบและชุมชนจึงมีน้ำหนักในการผลักดันพฤติกรรมมากกว่าแรงจูงใจภายในเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัมราสาเหล็ก (2567) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนราธิวาส พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของพิมลกันต์ วงศ์ทรายทอง (2566) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการคัดกรองโรคเรื้อรัง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานคัดกรองโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าด้านการส่งเสริมสุขภาพมีระดับบทบาทต่ำที่สุด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวันควรจัดอบรมพัฒนาทักษะการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ อสม. เป็นการเฉพาะ เช่น การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการลดความเครียด โดยมุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ อสม. สามารถนำไปใช้ได้ อย่างมั่นใจในชุมชน

2. เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. สูงกว่าทัศนคติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวันควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสนับสนุนใน 4 มิติตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ (1) ด้านอารมณ์ โดยจัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูเกียรติ อสม. ดีเด่นเป็นประจำทุกปี (2) ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยจัดประชุม แลกเปลี่ยนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อยไตรมาสละครั้ง (3) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ โดยจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตให้เพียงพอและได้มาตรฐาน และ (4) ด้านการประเมิน โดยให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ อสม. อย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกผ่านการสร้างความตระหนักในคุณค่าของบทบาท อสม. ต่อสุขภาพชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสำรวจรูปแบบและกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ควรขยายขอบเขตการศึกษาเพื่อสำรวจตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้บทบาท ภาวะผู้นำ การรับรู้ความสามารถแห่งตน หรือปัจจัยด้านนโยบายและทรัพยากรที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (ม.ป.ป.). อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). <https://prgroup.hss.moph.go.th>
- ไชยณรงค์ นาวิก. (2563). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา].
- บุญเพ็ง ศิลอาจ. (2565). ทักษะจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อบทบาทการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงและระบบสาธารณสุข. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 16(1), 55-67.
- พัชรินทร์ สมบูรณ์. (2564). ทักษะจิตต่อการปฏิบัติบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 15(3), 78-91.
- พิมลกันต์ วงศ์ทรายทอง. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคเรื้อรัง จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางวัน. (2568). รายงานข้อมูลสาธารณสุขพื้นฐาน ปี 2568.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 (ฉบับปรับปรุง).
- หวานใจ ธรรมมะ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- อัมรา สาเหล็ม. (2567). แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนราธิวาส [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Hardy, M. E., & Conway, M. E. (1988). *Role theory: Perspectives for health professionals* (2nd ed.). Appleton & Lange.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Khetan, A., Zullo, M., Hejjaji, V., Barbhaya, D., Agarwal, S., Hussain, A., et al. (2022). Effectiveness of community health worker-led interventions for management of hypertension in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Circulation*, 145(11), 858-871.

- NCD Risk Factor Collaboration. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019. *The Lancet*, 398(10304), 957-980.
- Neupane, D., Dhakal, S., Thapa, S., Bhandari, P. M., & Mishra, S. R. (2020). Effectiveness of female community health volunteers in screening and management of hypertension in Nepal: A quasi-experimental study. *BMC Public Health*, 20(1), 1-9.
- Odiwuor, C. W., Muia, D. M., & Murithi, M. K. (2024). Factors influencing community health volunteer performance in hypertension surveillance in Kenya. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v16i1.4089>
- World Health Organization. (2020). *Thailand's 1 million village health volunteers: Unsung heroes are helping guard communities nationwide from COVID-19*. <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers>
- World Health Organization. (2025a). *Global report on hypertension 2025: High stakes – turning evidence into action*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93b8e571-00a2-4de3-bb34-30f99b384816/content>
- World Health Organization. (2025b). *Hypertension: Key facts and global statistics 2025*.

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7714



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากกับ
สถานะฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
Relationship between Dental Health Literacy and Oral Health Behavior with
Dental Caries Condition in grade 6 students in Huasai district,
Nakhon Si Thammarat province

ธีร์ แสงไชย

Tee Sangchai

โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

Huasai Hospital, Nakhon Si Thammarat province

*Corresponding author, e-mail: teedent17@gmail.com

Received: March 14, 2026; Revised: April 4, 2026; Accepted: April 7, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากกับสถานะฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มที่เท่ากันซึ่งใช้ข้อมูลตรวจสุขภาพช่องปากจากฐานข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มที่ 1 ไม่มีฟันแท้ผุและกลุ่มที่ 2 มีฟันแท้ผุกลุ่มละ 146 คน รวม 292 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามมาตรฐานของกรมอนามัย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว ข้อมูลสถานะช่องปากใช้จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยมีการสอบเทียบผู้ตรวจเพื่อควบคุมคุณภาพข้อมูลและใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยลอจิสติกแบบทวิภาคี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านอวัยวะในช่องปากและระบบบดเคี้ยวและทางเดินอาหาร ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุและความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลช่องปากอยู่ในระดับสูงในด้านอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ กลุ่มไม่มีฟันแท้ผุและกลุ่มมีฟันแท้ผุกลุ่มละ 51.37 และ 48.64 ที่มีความรอบรู้ในระดับต่ำและปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพช่องปากในกลุ่มไม่มีฟันแท้ผุกลุ่มมีระดับที่ควรปรับปรุงและปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.37 กลุ่มมีฟันแท้ผุกลุ่มมีร้อยละ 18.49 ที่อยู่ในระดับดี ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะฟันผุ และนักเรียนที่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากระดับปานกลางและระดับดีมีโอกาสมีสถานะฟันผุลดลงร้อยละ 70 และ 90 เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (Adj. OR = 0.30, 95% CI = 0.12-0.73; Adj. OR = 0.10, 95% CI = 0.04-0.25) จากผลการวิจัย ทันตบุคลากรควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุรวมถึงนิเทศติดตามเป็นระยะเพื่อให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก, สถานะฟันผุ

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to study (1) the level of oral health literacy, (2) oral health behaviors, and (3) the relationship between oral health literacy and oral health behaviors with dental caries condition in Grade 6 students in Huasai District, Nakhon Si Thammarat Province. The samples were divided into two equal groups using oral health data from the Ministry of Public Health's 43-file database: Group 1 had no active caries and Group 2 had active caries. A total of 292 participants were included (n = 146 per group). The research instrument was a standardized questionnaire from the Bureau of Dental Health, Department of Health, which had been tested for validity and reliability. Oral health condition data were obtained from the 43-file database. Examiner calibration was conducted to control data quality. Descriptive statistics and binary logistic regression were used for data analysis.

The results revealed that both groups demonstrated high levels of oral health literacy regarding oral organs, the masticatory and digestive systems, basic knowledge of dental caries, and basic oral care. Regarding food risks for dental caries, 51.37% of the group without active caries and 48.64% of the group with active caries had literacy levels at the low to moderate range. In terms of oral health behaviors, 51.37% of the group without active caries were at the "needs improvement" or "moderate" level, while only 18.49% of the group with active caries reached the "good" level. Correlation analysis found that oral health literacy was not significantly associated with dental caries condition. However, students with moderate and good oral health behaviors had a 70% and 90% lower risk of dental caries, respectively, compared to those with poor behaviors (Adj. OR = 0.30, 95% CI = 0.12–0.73; Adj. OR = 0.10, 95% CI = 0.04–0.25). Based on these findings, dental personnel should organize oral care education and workshops focusing on cariogenic foods, including periodic monitoring to ensure school-aged children maintain appropriate oral health behaviors.

Keywords : Dental Health Literacy, Oral Health Behavior, Dental Caries Condition

บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญและดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู และต้องดูแลครบทุกกลุ่มวัย ตลอดช่วงวัยของชีวิต คือ เริ่มตั้งแต่ฟันดี ไม่มีผุ ลดโรคเหงือกและปริทันต์ในวัยทำงาน และเก็บรักษาฟันถาวรในผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2566) สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายภาพ (Physical) และด้านจิตใจ (Psychological) ในเรื่องความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านบุคลิกภาพ การเข้าสังคม การพูดคุย การเคี้ยวอาหารและการรับรสอาหาร (Sheiham, 2005) ในปัจจุบันองค์กรด้านสุขภาพทั่วโลกให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยแนวคิดเรื่อง health literacy ซึ่งสามารถอธิบายด้วย 3 องค์ประกอบ คือ บุคคลมีชุดความรู้ที่จำเป็นที่สามารถเข้าใจได้ไม่ยาก (functional HL) และตีความข้อมูลนั้นได้ (interactive HL) อีกทั้งรู้เท่าทันข้อมูลแล้วนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม (critical HL) (Nutbeam, 2000) ทั้งนี้ยังพบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากมีผลต่อคุณภาพชีวิตในทุกกลุ่มอายุ หากไม่ได้รับการดูแลอาจเกิดโรคฟันผุหรือเหงือกอักเสบได้ ซึ่งจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลง ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน อีกทั้งยังส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาอีกด้วย (วัชรพล และคณะ, 2566)

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 (กรมอนามัย, 2567) พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 49.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.2 ซึ่งต่อคน ร้อยละ 36.6 พบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 22.1 พบมีฟันผุ และร้อยละ 2.7 มีการสูญเสียฟัน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 83.0 แปรงฟันตอนเช้าทุกวัน ส่วนการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 11.4 และไม่เคี้ยวแปรงเลย ร้อยละ 57.8 สถานการณ์เช่นนี้สะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่บ้านโรงเรียนมีเด็กเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง สำหรับการแปรงฟันก่อนนอน ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะช่วยป้องกันโรคฟันผุ พบว่า เด็กอายุ 12 ปี แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 57.8 สำหรับพฤติกรรมบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มมีส่วนผสมของน้ำตาล 1-2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 68.6) ในส่วนของการกินลูกอมและบริโภคขนมกรุบกรอบ เบเกอรี่ซึ่งมีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก พบว่า เด็กร้อยละ 73.6 ที่กินลูกอม และพฤติกรรมการเติมน้ำตาลเพิ่มในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว/อาหารสำเร็จรูป/อาหารจานเดียว พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ที่เติมน้ำตาลทุกครั้งอยู่ในเขตชนบทมากที่สุด ร้อยละ 27.4 (กรมอนามัย, 2567) จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ระดับจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 29.84 และระดับอำเภอหัวไทร พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 42.86 จะเห็นว่าในระดับพื้นที่อำเภอหัวไทรมีเด็กอายุ 12 ปี ที่มีฟันผุมากกว่าระดับพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช

ใน 5 ปีที่ผ่านมา มีการศึกษาเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความรู้ด้านทันตสุขภาพและสภาวะฟันผุ และมีหลายการศึกษาที่ยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก แต่ผลลัพธ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพกับสภาวะฟันผุยังคงมีความไม่สอดคล้องกัน เช่น การศึกษาของ Kamolchaiwanich, K., & Wanichsathong, P. (2025) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับต่ำ จะส่งผลให้มีโอกาสที่จะมีฟันผุที่ยังไม่ได้อุด 8.30 เท่า และมีโอกาสที่ฟันกรามแท้ซี่แรกผุ

ทะลุโพรงประสาทฟัน 20.63 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความรอบรู้ระดับสูง ขณะที่การศึกษา เช่น ทศพล (2566) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับสภาวะฟันผุในเด็กประถมศึกษาตอนต้น จากตัวอย่างดังกล่าวเป็นไปได้ว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่พอที่จะทำให้รอยโรคฟันผุในช่องปากลดลง เป็นไปได้ว่าอาจมีเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่จะเป็นอีกตัวแปรที่จะทำให้ฟันผุลดลงได้ เห็นได้จากหลายงานวิจัย เช่น Brusius et al. (2023) และ Baumgartner et al. (2022) ที่พบว่า การแปรงฟัน 3 ครั้งต่อวัน ช่วยลดฟันผุได้ดีกว่าการแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน เช่นเดียวกับ Su et al. (2024) ที่พบว่า การแปรงฟันที่เหมาะสมร่วมกับการจำกัดครั้งในการกินของหวาน จะทำให้เกิดฟันผุน้อยลง

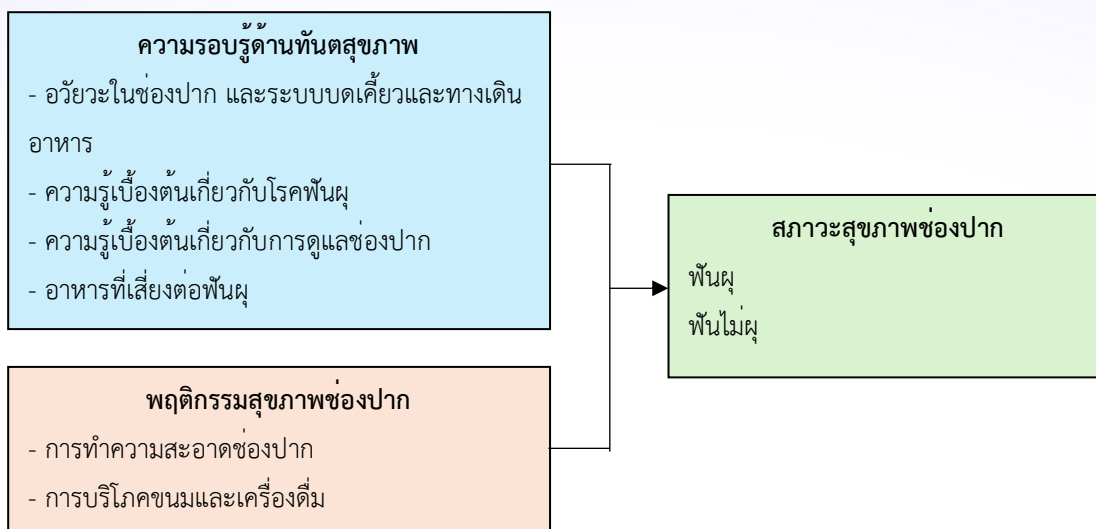
สำหรับพื้นที่อำเภอหัวไทรยังไม่เคยมีการสำรวจระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างจริงจัง จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากกับสภาวะฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงมีความจำเป็นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปใช้ในการวางแผน และขับเคลื่อนงานทันตสุขภาพในพื้นที่อำเภอหัวไทรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก กับสภาวะฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำกรอบแนวคิดโดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับ การเข้าใจผลเสียและความเสียหายรวมถึงประโยชน์ และอุปสรรค โดยนำมาปรับใช้กับบริบททางทันตสาธารณสุข โดยมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเป็นตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อสภาวะฟันผุซึ่งเป็นตัวแปรผลลัพธ์ โดยความรู้ด้านทันตสุขภาพจะพูดถึงความรู้เกี่ยวกับอวัยวะในช่องปากและระบบบดเคี้ยวและทางเดินอาหาร ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุ การดูแลช่องปาก และอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินความเสี่ยงของโรคฟันผุ (Fejerskov & Kidd, 2008; Pitts et al., 2017; สำนักทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย, 2566) พฤติกรรมสุขภาพช่องปากจะพูดถึงพฤติกรรม การทำความสะอาดช่องปากและพฤติกรรม การบริโภคขนมและเครื่องดื่ม ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุเช่นกัน (สำนักทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย, 2564)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytical cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2568 จำนวน 774 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ได้ 257 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงได้เพิ่มร้อยละ 15 จำนวน 39 คน รวมจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 296 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน คือ

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มมีฟันแท้ผุลุกลาม (active caries) และ/หรือมีประสบการณ์ถูกถอนฟันแท้เนื่องจากฟันแท้ 148 คน

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มไม่มีฟันแท้ผุลุกลามและไม่เคยมีประสบการณ์การถอนฟันแท้เนื่องจากฟันแท้ 148 คน

การสุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีอายุ 11–13 ปี ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการหยิบลากจากรายชื่อของนักเรียนแต่ละห้องเรียนตามสัดส่วนของแต่ละโรงเรียนที่ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย และ 2) มีฟันแท่น้อย 8 ซี่ในช่องปาก เพื่อให้ครอบคลุมกับการมีอยู่ของฟันทั่วทั้งปาก และให้เพียงพอต่อการตรวจฟันโดยใช้ดัชนีฟันผุ ถอน อุด

2. เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ดังนี้ 1) นักเรียนที่ไม่มีฟันแท้ภายในช่องปาก 2) นักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เช่น ภาวะปัญญาบกพร่อง กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม ออทิสติกสเปกตรัม หรือภาวะพัฒนาการล่าช้า และ 3) นักเรียนที่มีโรคทางระบบหรือโรคติดต่อร้ายแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรู้ด้านทันตสุขภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2566) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน วัยรุ่น ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ฉบับปรับปรุง 19 ต.ค. 2564 (สำนักทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย, 2564) และข้อมูลตรวจสุขภาพช่องปากในระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุขปี 2568 (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ประกอบด้วยข้อมูล 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และบุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย

ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านทันตสุขภาพ จากแบบสอบถามความรู้ด้านทันตสุขภาพจากสำนักทันตสาธารณสุข (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2566) ประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 26 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1) อวัยวะในช่องปากและระบบบดเคี้ยวและทางเดินอาหาร มีจำนวน 7 ข้อ 2) ส่วนที่ 2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุ มีจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก มีจำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 4) อาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ มีจำนวน 6 ข้อ

โดยตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลของความรู้ด้านทันตสุขภาพ ตามเกณฑ์ของ Bloom (1956) ดังนี้

ความรู้	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
อวัยวะในช่องปากและระบบบดเคี้ยวและทางเดินอาหาร	0 – 3 ข้อ	4 – 5 ข้อ	6 – 7 ข้อ
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุ	0 – 3 ข้อ	4 ข้อ	5 ข้อ
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก	0 – 3 ข้อ	4 – 5 ข้อ	6 – 7 ข้อ
อาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ	0 – 3 ข้อ	4 ข้อ	5 ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ฉบับปรับปรุง 19 ต.ค. 2564 ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ และใช้การคิดคะแนนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นตามเกณฑ์ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย โดยปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลของพฤติกรรมสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ของ Bloom (1956) ดังนี้ เกณฑ์ปรับปรุง (มีคะแนนอยู่ในช่วง 0–6 คะแนน) เกณฑ์ปานกลาง (มีคะแนนอยู่ในช่วง 7–8 คะแนน) และเกณฑ์ดี (มีคะแนน 9 คะแนนขึ้นไป)

ตอนที่ 4 ข้อมูลตรวจสุขภาพช่องปากในระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 ซึ่งประกอบด้วย จำนวนฟันแท้ จำนวนฟันแท้ที่ผุที่ไม่ได้อุด จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอนหรือรักษารากฟัน ซึ่งได้มาจากการบันทึกข้อมูลโดยทันตบุคลากร อำเภอหัวไทร ตามมาตรฐานการให้บริการ จากนั้นนำมาจัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวไปข้างต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพช่องปากใช้แบบสอบถามจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในกิจกรรมผู้พิทักษ์ฟันดี และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพช่องปากใช้แบบสอบถามของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 19 ต.ค. 2564 โดยเครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นในกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นและความตรงของเครื่องมือซ้ำ เนื่องจากใช้เครื่องมือมาตรฐานที่มีการพัฒนาแล้ว และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ศึกษา สำหรับข้อมูลตรวจสอบสุขภาพช่องปากในระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 ได้ทำการควบคุมคุณภาพของข้อมูลด้วยการสอบเทียบผู้ตรวจทั้ง 7 คน ก่อนออกตรวจจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ภายหลังผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์กับผู้อำนวยการโรงเรียนต่าง ๆ เพื่อทำการขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิด้านทันตกรรมในระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลดังกล่าวได้รับการอนุเคราะห์จากหน่วยบริการและเป็นข้อมูลที่ไม่ระบุตัวตนของผู้รับบริการ การดึงข้อมูลอ้างอิงตามโครงสร้างมาตรฐานของระบบ 43 แฟ้ม โดยเชื่อมโยงข้อมูลด้วยรหัสประจำตัวบุคคล (PID) จากแฟ้ม PERSON, SERVICE และ DIAG และใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 (K02) ในการจำแนกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ไม่ได้แสดงคำสั่ง SQL เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอบเทียบและควบคุมคุณภาพเชิงปฏิบัติ (practical calibration) กับผู้ตรวจก่อนลงตรวจพื้นที่ดังกล่าวไปข้างต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วน ความสอดคล้อง และความถูกต้องของข้อมูลและคัดเลือกเฉพาะข้อมูลที่มีความสมบูรณ์เพียงพอ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนก่อนนำมาใช้ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยติดต่อขอรายชื่อนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่คัดเลือกแล้ว จากคุณครูอนามัย เพื่อจัดทำใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยชี้แจง/อธิบายและขอความยินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง
6. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้จำนวน 292 คน (กลุ่มละ 146 คน) คิดเป็นร้อยละ 98.65 ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก สภาวะฟันผุ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติ logistic regression analysis ดังนี้

Univariable analysis: ตัวแปรที่มีค่า $p \leq 0.25$ จาก Wald's test ถูกคัดเลือกเข้าสู่โมเดล multivariable พิจารณาให้ $p \leq 0.25$ เพื่อไม่ให้ตัดตัวแปรที่อาจมีความสำคัญออกก่อนเวลา ซึ่งเป็นแนวทางที่แนะนำในงานของ Hosmer และคณะ (Hosmer, Lemeshow & Sturdivant, 2013)

Multivariable analysis: ตัวแปรที่คัดเลือกแล้วนำเข้าสู่ multiple logistic regression เพื่อปรับผลกระทบของตัวแปรร่วม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการนำเสนอโครงการการค้นคว้าแบบอิสระ และชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งได้รับการอนุญาตตามหนังสือรับรองหมายเลข NSTPH 220/2568 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2568 แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงรายละเอียดเอกสารการพิทักษ์สิทธิต่อกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ให้กับผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และไม่มีค่าตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งของแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างรับทราบ ได้มีการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

การศึกษานี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ 296 คน และทำการเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วนได้ 292 คน คิดเป็นร้อยละ 98.65 ผลการวิจัยแสดงได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ กลุ่มนักเรียนที่ไม่มีฟันแท้ผุเลย ส่วนใหญ่มีอายุ 12 ปี (ร้อยละ 92.47) มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.74) มากกว่า 4 ใน 5 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 82.25) สำหรับกลุ่มนักเรียนที่มีฟันแท้ผุเลย เกือบทั้งหมดมีอายุ 12 ปี (ร้อยละ 95.89) มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.42) มากกว่า 3 ใน 4 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 78.77)

2. ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียน พบว่า มากกว่า 4 ใน 5 ของกลุ่มที่ไม่มีฟันแท้ผุเลย มีความรู้ด้านทันตสุขภาพ ส่วนที่ 1, 2 และ 3 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.21, 86.30 และ 82.19 ตามลำดับ) มีร้อยละ 51.37 ที่มีความรู้ด้านทันตสุขภาพ ส่วนที่ 4 อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.58) ที่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 4.79 ที่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปรับปรุง สำหรับกลุ่มนักเรียนที่มีฟันแท้ผุเลย พบว่า มากกว่า 4 ใน 5 ของกลุ่มนี้ มีความรู้ด้านทันตสุขภาพ ส่วนที่ 1, 2 และ 3 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.56, 82.19 และ 82.88 ตามลำดับ) มีเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.64) ที่มีความรู้ด้านทันตสุขภาพ ส่วนที่ 4 อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีจำนวนไม่ถึง 1 ใน 5 (ร้อยละ 18.49) ของกลุ่มนี้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของนักเรียน

ตัวแปร	นักเรียนที่ไม่มีฟันแท้ผุเลย		นักเรียนที่มีฟันแท้ผุเลย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อวัยวะในช่องปากและระบบบดเคี้ยวและทางเดินอาหาร				
ต่ำ	3	2.05	12	8.22
ปานกลาง	4	2.74	12	8.22
สูง	139	95.21	122	83.56
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุ				
ต่ำ	7	4.79	8	5.48
ปานกลาง	13	8.91	18	12.33
สูง	126	86.30	120	82.19
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก				
ต่ำ	11	7.54	9	6.16
ปานกลาง	15	10.27	16	10.96
สูง	120	82.19	121	82.88
อาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ				
ต่ำ	7	4.79	42	28.78
ปานกลาง	68	46.58	29	19.86
สูง	71	48.63	75	51.36
พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก				
ปรับปรุง	7	4.79	33	22.60
ปานกลาง	68	46.58	86	58.91
ดี	71	48.63	27	18.49

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากกับสภาวะฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ binary logistic regression โดยพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ได้แก่ ความรู้ด้านอวัยวะในช่องปากและระบบบดเคี้ยวและทางเดินอาหาร ($p = 0.010$) และอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ ($p = 0.004$) และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ($p < 0.001$)

เมื่อนำตัวแปรมาวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression พบว่า ความรู้ด้านทันตสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช และพบว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากระดับปานกลางและระดับดี มีโอกาสมีสภาวะฟันผุลดลงร้อยละ 70 และ 90 เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (Adj. OR = 0.30, 95% CI = 0.12–0.73; Adj. OR = 0.10, 95% CI = 0.04–0.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$ และ $p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะฟันผุในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวแปร	Wald's test	p-value	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
อวัยวะในช่องปากและระบบ บดเคี้ยวและทางเดินอาหาร	3.60	0.010	-	-	-	-
ต่ำ	-	-	ref	-	Ref	-
ปานกลาง	-	-	0.75 (0.14-4.1)	0.74	0.92(0.18-6.80)	0.92
สูง	-	-	0.22 (0.06-0.8)	0.02	0.41(0.10-1.71)	0.22
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุ	-	0.603	-	-	-	-
ต่ำ	-	-	ref	-	-	-
ปานกลาง	-	-	1.21(0.35-4.19)	0.77	-	-
สูง	-	-	0.83(0.29-2.40)	0.73	-	-
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแล ช่องปาก	-	0.889	-	-	-	-
ต่ำ	-	-	ref	-	-	-
ปานกลาง	-	-	1.30(0.42-4.03)	0.645	-	-
สูง	-	-	1.23(0.49-3.08)	0.655	-	-
อาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ	3.86	0.004	-	-	-	-
ต่ำ	-	-	ref	-	ref	-
ปานกลาง	-	-	1.17(0.54-2.54)	0.700	1.63(0.69-3.89)	0.270
สูง	-	-	0.47(0.27-0.83)	0.009	0.80(0.41-1.56)	0.510
พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	28.40	<0.001	-	-	-	-
ปรับปรุง	-	-	ref	-	ref	-
ปานกลาง	-	-	0.27(0.11-0.64)	0.003	0.30(0.12-0.73)	0.008
ดี	-	-	0.08(0.03-0.20)	<0.001	0.10(0.04-0.25)	<0.001

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า อวัยวะในช่องปากและระบบบดเคี้ยวและทางเดินอาหาร ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคฟันผุ และความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ระดับสูง อภิปรายได้ว่า การทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเครือข่ายสุขภาพอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราชนั้นมีกิจกรรมหลักคือการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากแก่เด็กวัยเรียน ซึ่งจะเน้นเนื้อหาในส่วนของความรู้เบื้องต้นของช่องปาก อวัยวะในช่องปาก กลไกการเกิดฟันผุขึ้นพื้นฐาน การตรวจฟันด้วยตนเองอย่างเข้มข้น มีการให้ทำแบบทดสอบก่อนและหลังให้ความรู้ อีกทั้งมีการฝึกปฏิบัติ เช่น ฝึกแปรงฟันในโมเดล การสอนกลไกฟันผุแบบเข้าใจง่ายผ่านโมเดลฟันผุ และสอนการตรวจฟันด้วยตนเอง เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่กล่าวมาถือเป็นการเสริมความรู้จำเป็นที่ทำให้เด็กนักเรียนเข้าใจได้ไม่ยาก (functional health literacy) (Nutbeam, 2000) จึงทำให้กลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม มากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ด้านทันตสุขภาพใน 3 ด้านนี้ อยู่ในระดับสูง ผลการศึกษานี้แตกต่างกับ Kamolchaiwanich, K., & Wanichsaithong, P. (2025) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ด้านทันตสุขภาพ: ผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปี

ที่ 6 ในจังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ 3 ด้านนี้ในระดับต่ำ สาเหตุที่แตกต่างอาจเป็นเพราะที่
อำเภอหัวไทรมีการจัดกิจกรรมดังที่กล่าวไปแล้ว ซึ่งในจุดนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mariati et al. (2024) และ
Shirahmadi et al. (2024) ที่พบว่า เมื่อให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพและฝึกปฏิบัติควบคู่กันไปด้วยจะทำความรอบรู้
ด้านทันตสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับด้านอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ ผลการวิจัยพบว่า มีประมาณครึ่งหนึ่งที่มีความรอบรู้ในระดับต่ำถึง
ปานกลาง อภิปรายได้ว่า การทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเครือข่ายสุขภาพอำเภอหัวไทร จังหวัด
นครศรีธรรมราชนั้นกล่าวถึงความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุอย่างผิวเผิน ไม่ได้เน้นการฝึกใช้จริง เช่น การฝึก
เลือกอาหารที่ไม่ได้ทำจากแป้งหรือน้ำตาลหรือการควบคุมปริมาณน้ำตาลของเครื่องดื่ม เป็นต้น ซึ่งการนำความรู้ในเรื่อง
นี้ที่ได้รับมาไตร่ตรองและตัดสินใจได้เหมาะสมว่าไม่ควรรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุ เช่น ขนมหวานหรือ
เครื่องดื่มที่มีรสหวาน หลังจากอาหารมื้อหลัก 3 ครั้งต่อวันขึ้นไปนั้น ถือเป็นความรู้ตั้งแต่ระดับฐานราก ระดับตอบ
โต้ จนถึงระดับการรู้เท่าทัน (functional, interactive, and critical health literacy) ตามกรอบแนวคิดความรู้
ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Kamolchaiwanich, K., & Wanichsaithong, P.
(2025) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เรื่องอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุไม่เพียงพอ สาเหตุที่สอดคล้องอาจเป็นเพราะที่
อำเภอหัวไทรกล่าวถึงความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุอย่างผิวเผิน ซึ่งในจุดนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ
Mariati et al. (2024) ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการสอนแบบดั้งเดิม (Conventional Education) ร่วมกับการ
สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ในนักเรียนชั้น ป.5 และ ป.6 พบว่า การสอนแบบพูดให้
ฟังเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ความรอบรู้สูงขึ้นได้อย่างถาวร เพราะเด็กจะลืมหากได้รับข้อมูลอย่างผิวเผิน

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีฟันผุกลุกลามมีร้อยละ 4.79 มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปรับปรุง และ
ประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.58) ที่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า กลุ่มที่ไม่มี
ฟันผุกลุกลามแต่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปรับปรุงถึงปานกลางนั้น อาจเป็นเพราะว่ามีองค์ประกอบ
เฉพาะตัวของเด็กมาเกี่ยวข้อง เช่น กรรมพันธุ์ ที่ส่งผลต่ออัตราการไหลของน้ำลายและส่งผลต่อรูปร่างของฟันที่ทำให้
เกิดการทำความสะอาดได้ง่าย (Fejerskov & Kidd, 2008; Pitts et al., 2017) และอีกประเด็นหลัก ได้แก่ การที่
เครือข่ายสุขภาพด้านทันตกรรม อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มี
การพาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มาเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้เพื่อป้องกันโรคฟันผุ เมื่อเชื่อมโยงกรณีนี้เข้า
กับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974) จะเห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายอาจจะ
รู้สึกว่าการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมนั้นเป็นเรื่อง
ยาก อีกทั้งไม่มีความรู้สึกว่าการฟันเป็นเรื่องใหญ่ เนื่องจากไม่ได้มีฟันแท้ผุกลุกลามในช่องปากและสามารถใช้ชีวิตได้
ปกติ จึงทำให้ระดับพฤติกรรมของกลุ่มนี้ ร้อยละ 51.37 ยังไปไม่ถึงระดับดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรัฐดิทรณ์ และ
คณะ (2568) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่
อำเภอโคกชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.3) มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับ
ปานกลาง สาเหตุที่สอดคล้องกันอาจเป็นเพราะมีองค์ประกอบเฉพาะตัวของเด็กและเรื่องของการเคลือบหลุมร่องฟัน
มาเกี่ยวข้องดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ซึ่งในทั้งสองจุดนี้สอดคล้องกับ Fernando et al. (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในน้ำลายกับการเพิ่มขึ้นของฟันผุในเด็กกลุ่มประชากรพื้นเมืองในพื้นที่ทางไกลของ

ออสเตรเลีย พบว่า อัตราการไหลของน้ำลายสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ โดยเด็กที่มีน้ำลายที่ไหลเร็วจะมีโอกาสที่ฟันผุลดลง คิดเป็นร้อยละ 58 และยังคงคล้ายคลึงกับ Hao et al. (2024) ที่บอกว่า ลักษณะของฟันมีผลต่อฟันผุจริง แม้จะควบคุมปัจจัยอื่นแล้วก็ตาม ซึ่งลักษณะของฟันบางแบบจะช่วยให้เกิดการทำความสะอาดได้ง่าย เนื่องจากไม่ได้เป็นบริเวณที่คราบจุลินทรีย์สะสมได้ง่าย ทำให้ถึงแม้ว่าพฤติกรรมสุขภาพช่องปากจะไม่ได้ยอดเยี่ยม แต่กลุ่มตัวอย่างก็ไม่มีฟันผุลุกลาม สำหรับประเด็นเรื่องการเคลือบหลุมร่องฟันนั้น ตรงกับผลการศึกษาของหัตยรัตน์ (2568) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากและการเกิดฟันผุของฟันกรามที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน พบว่า หากสารเคลือบหลุมร่องฟันยังอยู่บนฟันอย่างดี จะลดการเกิดฟันผุได้ร้อยละ 100

สำหรับอีกกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 18.49 แต่ยังมีฟันผุลุกลามอยู่ อภิปรายได้ว่า อาจเกิดจากการที่แปรงฟันไม่ถูกวิธีทำให้ยังมีคราบจุลินทรีย์หลงเหลืออยู่ เมื่อพิจารณากรณีนี้ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ที่มีเทคนิคฐานราก เทคนิคการพิจารณาข้อมูลที่ได้รับมาและเทคนิคในการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบแล้ว (Tian, 2023) ทำให้มีข้อสังเกตได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจจะขาดเทคนิคในการดูแลสุขภาพช่องปาก (oral health maintenance abilities) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Baumgartner et al. (2022) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในเด็กวัย 12 ปี พบว่า ถึงแม้เด็กส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการแปรงฟันที่ดี (ร้อยละ 81) แต่ก็ยังมีฟันผุลุกลามถึงร้อยละ 35 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Brusius et al. (2023) ที่ศึกษาความถี่ของการแปรงฟันกับการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี พบว่า แม้ความถี่ในการแปรงฟันจะสูงแต่หากแปรงไม่สะอาด จะทำให้มีคราบจุลินทรีย์หลงเหลือ และสามารถทำให้เกิดฟันผุได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากกับสภาวะฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช อภิปรายได้ว่า การที่ความรู้ด้านทันตสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุนั้นอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพแล้ว แต่ไม่ได้นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน เมื่อนำมาเชื่อมโยงกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ (Tian, 2023) สามารถพิจารณาได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพนั้นถือเป็นเทคนิคระดับฐานราก คือ รู้เทคนิควิธีการแต่ไม่สามารถนำไปฝึกใช้จริง ๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดในส่วนของเทคนิคในการดูแลสุขภาพช่องปาก และเมื่อนำกรณีนี้มาพิจารณาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อนุมานได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพแล้ว แต่พ่อแม่หรือผู้ปกครองอาจจะไม่ได้ย้ำเตือนให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก และไม่ได้จริงจังกับอาหารที่เด็กรับประทาน และอาจจะให้เด็กรับประทานอาหารที่ทำจากน้ำตาลและแป้งทุกครั้งที่เด็กต้องการ การขาดแรงสนับสนุน เช่นนี้ จึงทำให้เด็กมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพจริงแต่ไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Rosenstock, 1974) ประกอบกับการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเครือข่ายสุขภาพด้านทันตกรรม อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราชที่จัดทำโครงการปีละครั้ง ระยะเวลา 1 ปี อาจทำให้เด็กสับสนและไม่ได้รับการกระตุ้นให้ตระหนักถึงสุขภาพช่องปาก เมื่อ 1 ปีผ่านไป ถึงจะมีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ แต่ขาดการกระตุ้น รอยโรคฟันผุก็สามารถเกิดขึ้นได้ในช่องปาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนันท์ และณัฐกฤตา (2568) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และพบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพไม่ส่งผลต่อสภาวะฟันผุ โดยณัฐนันท์ และณัฐกฤตา (2568) อภิปรายว่าอาจเป็นเพราะนักเรียนมีความรู้จริงแต่ไม่นำไปใช้ และในข้อสังเกตเรื่องสิ่งสนับสนุนรอบข้างนั้นสอดคล้องกับ

งานวิจัยก่อนหน้า (Moin et al., 2023; Vaca Altamirano et al., 2024) ที่กล่าวว่าครอบครัเป็นสิ่งสนับสนุนรอบข้างที่สำคัญที่จะคอยกระตุ้นเด็กให้แปรงฟันและได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และจะส่งผลให้ฟันผุลดลงได้ อีกประเด็นหนึ่งคือการจัดทำโครงการปีละ 1 ครั้ง ซึ่งตรงกันกับ Shirahmadi et al. (2024) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากในนักเรียนประถมศึกษา พบว่า การจัดโครงการปีละครั้งมีความห่างมากเกินไป ทำให้เด็กได้รับการกระตุ้นไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดี

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในระดับปานกลางและระดับดี มีโอกาสมีสภาวะฟันผุลดลงร้อยละ 70 และ 90 เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (Adj. OR = 0.30, 95% CI = 0.12–0.73; Adj. OR = 0.10, 95% CI = 0.04–0.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$ และ $p < 0.001$) อภิปรายได้ว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางถึงดีจะช่วยลดการเกิดฟันผุได้จริง และจากผลการวิจัยทำให้เห็นว่า ยังมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากระดับดี โอกาสการเกิดฟันผุยิ่งลดลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับฉันทา (2561) ที่ศึกษาปัจจัยทำนาย (ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม) ที่ส่งผลต่อโรคฟันผุในนักเรียนชั้น ป.6 อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพช่องปากส่งผลต่อการเกิดฟันผุอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี จะมีฟันผุลดลง ซึ่งคล้ายคลึงกับ Su et al. (2024) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากโดยการรายงานด้วยตัวเองที่สัมพันธ์กับสภาวะฟันผุในวัยรุ่นจีน อายุ 12–15 ปี พบว่า พฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีผลต่อการเกิดฟันผุ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทันตบุคลากรเครือข่ายสุขภาพ อำเภอหัวไทร ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดฟันผุ อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุให้แก่เด็กที่เป็นกลุ่มวัยเรียนและผู้ปกครอง
2. ทันตบุคลากรเครือข่ายสุขภาพ อำเภอหัวไทร ควรเพิ่มการนิเทศติดตามเข้าไปในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เป็นประจำทุกปี เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมแก่เด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแบบภาคตัดขวางเพิ่มในเด็กที่มีอายุ 6 ขวบ เนื่องจากช่วงวัยนี้เป็นวัยเริ่มแรกที่เริ่มเข้าสู่วัยเรียน และมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ การมีฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 งอกขึ้นมาในช่องปาก ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กวัยเรียนได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรมอนามัย.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2566–2580 (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2569, จาก Health Data Center: HDC

- ณัฐนันท์ วัฒนอนเนก, และ ณัฐกฤตา ผลอ้อ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 17(2), 83–97.
- ณัฐวุฒิ พูลทอง. (2561). ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และเครือข่ายการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อดัชนีค่าเฉลี่ยโรคฟันผุ ถอน อุด ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 5(3), 17–25.
- ทศพล แอนโก. (2566). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนประถมศึกษาที่อยู่ในเขตตำบลนาเวียง อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. *วารสารทันตภิบาล*, 34(2), 75–83.
- รัฐติกรณ ลีทองดี, จอนสัน พิมพ์สาร, วัชรพล วิวรรณ แก้วพันธุ์, จิรัชญา บุตรละคร, และ กนกวรรณ พิสัยพันธ์. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอโคกชัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารทันตภิบาล*, 36(2), 60–74.
- วัชรพล วิวรรณ แก้วพันธุ์, รัฐติกรณ ลีทองดี, นฤพร ชูเสน, ปุณยรัตน์ ลวดทอง, วิลาสินี ยุวชาติ, และ อภิญญา พูนสวัสดิ์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เขตอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารทันตภิบาล*, 34(1), 35–44.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2564). แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2566). คู่มือกิจกรรมผู้พิทักษ์ฟันดีและแบบประเมินความรู้ด้านทันตสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียน. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- หทัยรัตน์ เพ็ชรรัตน์. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปาก และการเกิดฟันผุของฟันกรามซี่ที่ 1 ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา. *วารสารป้องกันควบคุมโรคและศาสตร์สุขภาพบูรณาการ*, 1(2), 54–70.
- Baumgartner, C. S., Wang, N. J., & Wigen, T. I. (2022). Oral health behaviours in 12-year-olds: Association with caries and characteristics of the children? *Acta Odontologica Scandinavica*, 80(1), 15–20. <https://doi.org/10.1080/00016357.2021.1933173>
- Bloom, B. S. (Ed.). (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. Longmans, Green.
- Brusius, C. D., Alves, L. S., & Maltz, M. (2023). Association between toothbrushing frequency and dental caries and tooth loss in adolescents: A cohort study. *Brazilian Oral Research*, 37, e127. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2023.vol37.0127>
- Fejerskov, O., & Kidd, E. (Eds.). (2008). *Dental caries: The disease and its clinical management* (2nd ed.). Blackwell Munksgaard.
- Fernando, S., Tadakamadla, S., Kroon, J., Lalloo, R., & Johnson, N. W. (2021). Predicting dental caries increment using salivary biomarkers in a remote Indigenous Australian child population. *BMC Oral Health*, 21, 372. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01702-0>

- Hao, J., Kang, Y., Wei, S., Wang, J., & Wang, H. (2024). 3D intraoral scanning techniques support the effects of crown morphology on dental caries. *BMC Oral Health*, 24, 549. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04292-9>
- Hosmer, D. W., Jr., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3rd ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118548387>
- Kamolchaiwanich, K., & Wanichsaithong, P. (2025). Oral health literacy: Its impact on oral health outcomes and associated factors in sixth-grade primary school students—A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 25, 1300. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-06613-y>
- Mariati, N. W., Duarsa, D. P., & Pinatih, G. N. I. (2024). A combination intervention of conventional educational models and motivational interviews increased knowledge of dental and oral health and reduced dental hygiene index, dental care index, and gingiva index in primary school children in Tomohon City, North Sulawesi. *Asian Journal of Engineering, Social and Health*, 3(1), 117–133. <https://doi.org/10.46799/ajesh.v3i1.226>
- Moin, M., Maqsood, A., Haider, M. M., Asghar, H., Rizvi, K. F., Shqaidaf, A., Sharif, R. A., Suleman, G., Das, G., Alam, M. K., & Ahmed, N. (2023). The association of socioeconomic and lifestyle factors with the oral health status in school-age children from Pakistan: A cross-sectional study. *Healthcare*, 11(5), 756. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050756>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pitts, N. B., Zero, D. T., Marsh, P. D., Ekstrand, K., Weintraub, J. A., Ramos-Gomez, F., Tagami, J., Twetman, S., Tsakos, G., & Ismail, A. (2017). Dental caries. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17030. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 644. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862005000900004>
- Shirahmadi, S., Bashirian, S., Soltanian, A. R., Karimi-Shahanjarini, A., & Vahdatinia, F. (2024). Effectiveness of theory-based educational interventions of promoting oral health among elementary school students. *BMC Public Health*, 24, 130. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17528-0>
- Su, S., Zhang, J., Deng, R., Wang, W., Cui, T., Su, Y., & Li, X. (2024). Oral health status and associated factors among 12 to 15-year-old Chinese adolescents in Southeast China: A cross-sectional study. *Medicine*, 103(4), e37080. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037080>

- Tian, Z., Wang, Y., Li, Y., Lu, J., Song, L., Ding, L., Guo, X., & Zheng, J. (2023). Defining the connotations of oral health literacy using the conceptual composition method. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3518. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043518>
- Vaca Altamirano, G., Yumiceba Cashug, J. M., Vásquez Barberán, S. de los Á., & Salinas Goodier, C. (2024). Determinants of cariogenic risk in school-aged children: Implications for dental health. *Salud, Ciencia y Tecnología-Serie de Conferencias*, 3, 107. <https://doi.org/10.56294/sctconf2024.107>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7599



การพัฒนาระบบจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและลดผลกระทบทาง
สิ่งแวดล้อม: บ้านดอนสวรรค์ หมู่ที่ 8 ตำบลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร
Development of a Participatory Solid Waste Management System to
Enhance Health and Reduce Environmental Impacts: A Case Study in
Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province.

วิภารัตน์ แ่มสุรราช

Wiparat Ngamsurach

โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province

*Corresponding author, e-mail: khunkhai162527@gmail.com

Received: March 10, 2026; Revised: April 23, 2026; Accepted: May 2, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการในพื้นที่บ้านดอนสวรรค์ หมู่ที่ 8 ตำบลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร เพื่อพัฒนาและประเมินระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ดำเนินการวิจัยเป็น 5 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาสภาพปัญหาและบริบทชุมชน (2) การออกแบบระบบร่วมกับชุมชน (3) การทดลองใช้ระบบ (4) การติดตามและประเมินผล และ (5) การสรุปบทเรียนและขยายผล กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนครัวเรือนจำนวน 179 คน โดยใช้วิธีการสำรวจทั้งประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบจับคู่

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ก่อนดำเนินโครงการ ประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.83$, $SD = 1.74$; $M = 3.21$, $SD = 0.54$; และ $M = 2.98$, $SD = 0.62$ ตามลำดับ) หลังดำเนินโครงการ ความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ($M = 8.74$, $SD = 1.08$) ส่วนทัศนคติและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($M = 4.31$, $SD = 0.48$ และ $M = 4.05$, $SD = 0.52$ ตามลำดับ) โดยคะแนนเฉลี่ยทั้งสามด้านแตกต่างกันก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ครัวเรือนที่คัดแยกขยะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.55 เป็น 81.56 และการเผาขยะลดลงจากร้อยละ 52.51 เป็น 18.44 ดังนั้น ระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชน ลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสามารถประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการจัดการขยะระดับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การจัดการขยะมูลฝอย, การมีส่วนร่วมของชุมชน, สิ่งแวดล้อมชุมชน, สุขภาวะ

Abstract

This study employed a research and development approach integrated with participatory action research. It was conducted in Ban Don Sawan, Village No. 8, Wanorn Niwat Subdistrict, Sakon Nakhon Province, with the aim of developing and evaluating a participatory solid waste management system in the community. The research process consisted of five phases: (1) assessing community problems and context, (2) collaboratively designing the system with the community, (3) implementing the system, (4) monitoring and evaluating the outcomes, and (5) summarizing lessons learned and scaling up the system. The study participants were 179 household representatives, and a census method was used. The research instruments included a general information questionnaire and assessment tools measuring knowledge, attitudes, and waste management behaviors. The overall reliability of the instruments, assessed using Cronbach's alpha coefficient, was 0.89. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and paired-samples t-tests.

The findings showed that the participatory solid waste management system developed in this study was appropriate to the community context. Before implementation, participants had moderate levels of knowledge, attitudes, and waste management behaviors ($M = 5.83$, $SD = 1.74$; $M = 3.21$, $SD = 0.54$; and $M = 2.98$, $SD = 0.62$, respectively). After implementation, knowledge increased to a high level ($M = 8.74$, $SD = 1.08$), while attitudes and behaviors also increased to high levels ($M = 4.31$, $SD = 0.48$ and $M = 4.05$, $SD = 0.52$, respectively). The mean scores for all three domains were significantly higher than those before implementation ($p < 0.001$). In addition, the proportion of households practicing waste segregation increased from 38.55% to 81.56%, while open waste burning decreased from 52.51% to 18.44%. The developed participatory solid waste management system enhanced community members' knowledge, attitudes, and waste management behaviors, reduced environmental impacts, and could be sustainably applied as a model for solid waste management at the community and local administrative organization levels.

Keywords : Solid Waste Management, Community Participation, Community Environment, Well-Being

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาขยะมูลฝอยในระดับชุมชนยังคงเป็นหนึ่งในปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน คุณภาพสิ่งแวดล้อม และความยั่งยืนของระบบนิเวศ โดยเฉพาะในพื้นที่ระดับชุมชนและบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ยังขาดระบบการจัดการขยะที่มีประสิทธิภาพและเป็นระบบ ขยะที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกวิธี เช่น ขยะอินทรีย์ ขยะพลาสติก และขยะอันตรายจากครัวเรือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การสะสมของแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค ได้แก่ แมลงวัน หนู และยุง รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหามลภาวะด้านกลิ่น น้ำเสีย และฝุ่นละออง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน (United Nations Environment Programme, 2023) จากรายงานของธนาคารโลก (World Bank) ระบุว่า ปริมาณขยะมูลฝอยของโลกมีประมาณ 2.24 พันล้านตันต่อปี และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 3.88 พันล้านตันภายในปี พ.ศ. 2593 หากไม่มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ (Kaza et al., 2018) นอกจากนี้ ปัญหาขยะพลาสติกในทะเลยังเป็นประเด็นสำคัญในระดับนานาชาติ เนื่องจากพลาสติกที่ถูกทิ้งลงสู่ทะเลก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบนิเวศทางทะเล สัตว์ทะเล และทรัพยากรธรรมชาติ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวของหลายประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีการรั่วไหลของขยะพลาสติกสู่ทะเลในปริมาณสูง (United Nations Environment Programme, 2023)

สำหรับประเทศไทย ปัญหาขยะมูลฝอยยังคงเป็นประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ จากรายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 25.7 ล้านตันต่อปี หรือเฉลี่ยประมาณ 1.07 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน โดยมีการนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ประมาณร้อยละ 36 และยังคงมีขยะบางส่วนที่ถูกกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการสะสมของขยะและปัญหามลภาวะในหลายพื้นที่ (กรมควบคุมมลพิษ, 2567) นอกจากนี้ ขยะพลาสติกยังคงเป็นองค์ประกอบสำคัญของขยะมูลฝอยในประเทศไทย โดยเฉพาะพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง เช่น ถุงพลาสติก ภาชนะบรรจุอาหาร และบรรจุภัณฑ์พลาสติก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาขยะตกค้างในสิ่งแวดล้อม (กรมควบคุมมลพิษ, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ ทักษะการตัดสินใจของประชาชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ตัวอย่างเช่น การศึกษาของพัชร ตรียานันต์ (2563) พบว่า การจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ยังประสบปัญหาการคัดแยกขยะที่ต้นทางไม่เพียงพอ เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้และความตระหนักในการจัดการขยะอย่างถูกวิธี ขณะที่วันวิสาข์ คำดี, สรัญญา วัฒนศักดิ์ และวิโรจน์ จันทศรี (2560) พบว่าปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนในระดับครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ตะวัน ปริญา (2562) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยในตำบลวังทราย จังหวัดนครปฐม และพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้นำชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การจัดการขยะในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย จารุโส และคณะ (2561) ซึ่งพบว่าการพัฒนาระบบการจัดการขยะโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยเพิ่มการคัดแยกขยะในครัวเรือนและลดปริมาณขยะที่ต้องนำไปกำจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษาของอิสระ กิตติคุณ, วรพจน์ พงษ์ศรี และกฤษณ์ ชันวิทย์ (2563) ซึ่งศึกษารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในจังหวัดสกลนคร พบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะที่สอดคล้องกับ

บริบทของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่สามารถช่วยลดปัญหาขยะตกค้างและส่งเสริมการจัดการขยะอย่างยั่งยืน

สำหรับโรงพยาบาลวานรนิวาส พบว่าพื้นที่รับผิดชอบมีจำนวนหมู่บ้าน 17 หมู่บ้าน ประชากร 11,986 คน และ 4,706 หลังคาเรือน โดยเฉพาะบ้านดอนสวรรค์ หมู่ที่ 8 มีประชากร 657 คน จาก 179 หลังคาเรือน ซึ่งยังประสบปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในระดับชุมชนอย่างชัดเจน ได้แก่ การคัดแยกขยะที่ต้นทางไม่ทั่วถึง การกำจัดขยะโดยการเผาในครัวเรือน และการจัดการขยะอันตรายที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น กลิ่นเหม็น น้ำเสีย และการเพิ่มขึ้นของแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค ซึ่งมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว (โรงพยาบาลวานรนิวาส, 2568) ดังนั้น การพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาขยะอย่างยั่งยืน โดยการสร้างความรู้ ความตระหนัก และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในการคัดแยกและจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง ตลอดจนการพัฒนาแบบแผนการจัดการขยะที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาและประเมินระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านดอนสวรรค์ หมู่ที่ 8 ตำบลวานรนิวาส อำเภอดอนสิขิราษฎร์ จังหวัดสกลนคร โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการขยะที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมสุขภาวะของประชาชน และเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นในระดับตำบลหรืออำเภอได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

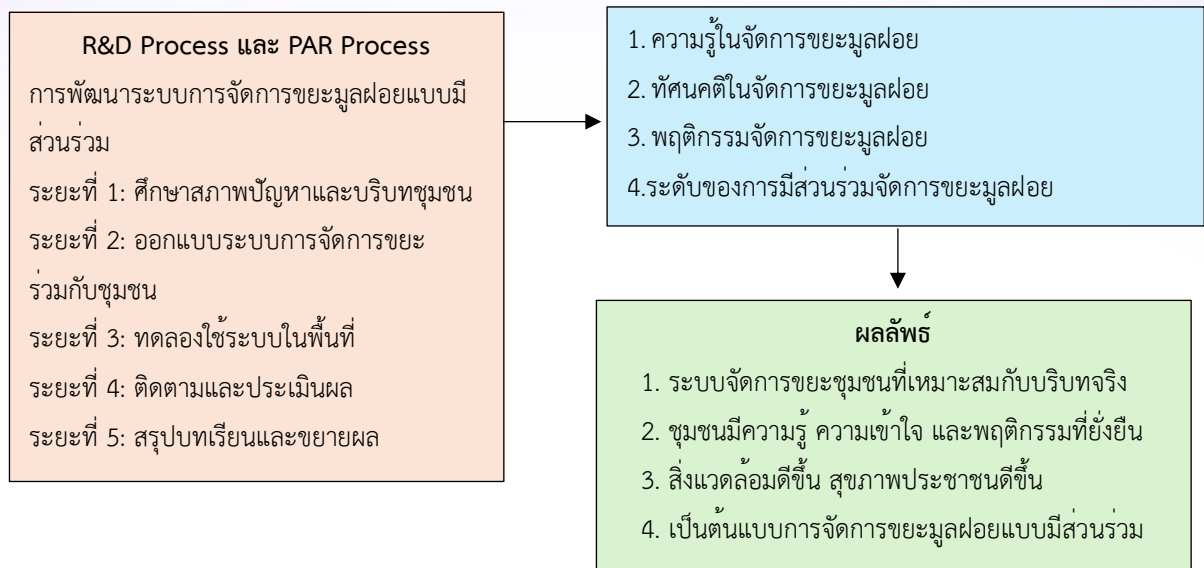
เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและลดผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมในอำเภอดอนสิขิราษฎร์ จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยและผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่อำเภอดอนสิขิราษฎร์
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้ระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้นในด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ได้นำกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสภาพปัญหา การออกแบบระบบ การทดลองใช้ การประเมินผล และสรุปบทเรียนและขยายผล โดยมีตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนในบ้านดอนสวรรค์ หมู่ที่ 8 ตำบลวานรนิวาส จำนวน 657 คน จาก 179 หลังคาเรือน (ข้อมูลจากทะเบียนประชากรของโรงพยาบาลวานรนิวาส ณ วันที่ 30 กันยายน 2567)

กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนตัวแทนครัวเรือนจำนวน 179 คน โดยใช้วิธีการสำรวจทั้งประชากร (Census sampling) เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากทุกครัวเรือนในพื้นที่ศึกษา ดังนี้

กลุ่มครัวเรือน ได้แก่ ตัวแทนประชาชนในแต่ละครัวเรือน จำนวน 179 คน (1 คนต่อ 1 หลังคาเรือน) และหากครัวเรือนใดไม่สามารถเข้าร่วมได้ เช่น มีผู้สูงอายุอาศัยลำพังหรือไม่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือก จะพิจารณาหาผู้แทนที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ญาติ หรือเพื่อนบ้านที่รับผิดชอบดูแล เพื่อไม่ให้ข้อมูลขาดหาย

กลุ่มพัฒนาระบบสุขภาพ (ทีมภาคีเครือข่าย) ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน 2) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2 คน โดยควรเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขหรือสิ่งแวดล้อม 3) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หรือกรรมการหมู่บ้าน) จำนวน 3 คน และ 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล 2 คน (ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือปฐมภูมิ)

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย ดังนี้

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่จริงในบ้านดอนสวรรค์ หมู่ที่ 8 ตำบลวานรนิวาส มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 3) เป็นตัวแทนของครัวเรือน เช่น เจ้าบ้านหรือผู้ดูแลบ้านที่มีบทบาทในการจัดการขยะภายในบ้าน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสามารถตอบแบบสอบถามหรือให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และ 5) แสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน/การพูด/การมองเห็น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลและไม่สามารถมีผู้ช่วยได้ 2) ผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีความบกพร่องทางจิตใจ/สติปัญญาที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 3) ผู้ที่ปฏิเสธหรือไม่ประสงค์เข้าร่วมในโครงการ ไม่ว่าจะในขั้นตอนใดของการเก็บข้อมูล และ 4) ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ (เช่น ผู้ที่มาเยี่ยมญาติ พักอาศัยชั่วคราว หรือไม่ได้มีบทบาทในการจัดการขยะในบ้านนั้น)

เกณฑ์ให้ผู้เข้าร่วมยุติการศึกษา (Discontinuation Criteria for Participant) ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยประสงค์จะถอนตัวจากการศึกษา ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด 2) ผู้เข้าร่วมไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนสำคัญได้ เช่น เวทีประชาคม การเก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้ หรือปฏิเสธตอบแบบสอบถามสำคัญ และ 3) ผู้เข้าร่วมมีปัญหาด้านสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมได้

เกณฑ์การพิจารณายุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination Criteria for the Study) ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ขาดการเข้าร่วมเวทีประชาคมเกิน 2 ครั้งติดต่อกัน (จากที่กำหนดไม่น้อยกว่า 3 ครั้งตลอดโครงการ) 2) ไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลในระยะสำคัญได้ครบถ้วน เช่น ขาดข้อมูลการประเมินหลังการทดลองใช้มากกว่าร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง และ 3) เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดที่กระทบต่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วม หรือสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งออกเป็นชุด ประกอบด้วยดังนี้

แบบสอบถามสำหรับประชาชน ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามชนิดเติมคำและเลือกคำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการอาศัยในชุมชน ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการแยกขยะ ขยะอันตราย วิธีการกำจัดขยะ และผลกระทบจากขยะ เป็นคำถามแบบถูก-ผิด หรือปรนัย (multiple choice) จำนวน 10 ข้อ เนื้อหาแบ่งเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการแยกประเภทขยะ ความรู้เกี่ยวกับขยะอันตราย วิธีการกำจัดขยะอย่างถูกต้อง และผลกระทบจากขยะต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 3 ทศนคติและพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย แบ่งออกเป็น 2 ด้าน 1) ทศนคติ 10 ข้อ เช่น ความเชื่อ ความสำคัญของการแยกขยะ ความเต็มใจในการมีส่วนร่วม และ 2) พฤติกรรม 10 ข้อ เช่น การแยกขยะในบ้าน การทิ้งขยะอย่างเหมาะสม การจัดการขยะอันตราย

แบบประเมินสิ่งแวดล้อมชุมชน วัตถุประสงค์ใช้ประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาขยะ โดยใช้การสังเกตและบันทึกข้อมูลเชิงกายภาพ หัวข้อที่ประเมิน ได้แก่ จำนวนและประเภทของจุดทิ้งขยะในชุมชน สภาพจุดทิ้งขยะ (สะอาด มีขยะล้น มีกลิ่น ฯลฯ) การแพร่กระจายของขยะในที่สาธารณะ เช่น ถนน คูน้ำ ลำห้วย การมีอยู่ของพาหะ เช่น แมลงวัน หนู และการจัดการขยะอันตราย เช่น ถ่านไฟฉาย ยาเก่าหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหา แนวคิด ทศนคติ บทบาท และข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบจัดการขยะ กลุ่มเป้าหมายที่สัมภาษณ์ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/กรรมการหมู่บ้าน) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) หัวข้อในการสัมภาษณ์ ได้แก่ ปัญหาเดิมเกี่ยวกับขยะในชุมชน ประสบการณ์ที่เคยมีในการจัดการขยะ ความพร้อมในการมีส่วนร่วม ความคาดหวังต่อระบบใหม่ และข้อเสนอแนะในการขยายผล

แบบบันทึกกิจกรรม/การมีส่วนร่วมของชุมชน วัตถุประสงค์เพื่อใช้บันทึกกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการร่วมวางแผน ออกแบบ และดำเนินระบบจัดการขยะ

แบบประเมินผลลัพธ์หลังดำเนินระบบ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้นในด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สิ่งแวดล้อม และสุขภาวะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) นักวิชาการสาธารณสุข และ 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสุขภาพ ผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรในพื้นที่ศึกษา เพื่อประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยแบ่งตามลักษณะของข้อความคำถาม ดังนี้

(1) แบบวัดความรู้ (คำถามแบบถูก-ผิด) วิเคราะห์โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder–Richardson Formula 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (acceptable reliability)

(2) แบบวัดทัศนคติและพฤติกรรม (มาตราส่วนประมาณค่า Likert scale) วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในระดับดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน เป็นขั้นตอนสำคัญในการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน เพื่อให้เข้าใจบริบท พฤติกรรม และข้อจำกัดของประชาชนในพื้นที่ ในระหว่างเดือนตุลาคม 2568–พฤศจิกายน 2568 กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่

1. เก็บข้อมูลเบื้องต้นจากประชาชนในชุมชนบ้านดอนสวรรค์ หมู่ที่ 8 โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะ
2. สสำรวจสภาพแวดล้อม เช่น จุดทิ้งขยะ ความสะอาด และการเกิดปัญหาพาหะ
3. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับ อสม. ผู้นำชุมชน อบท. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. จัดเวทีประชาคมเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาขยะ แนวทางแก้ไข และระดับความพร้อมของชุมชน

ระยะที่ 2 ออกแบบระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชน หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยและชุมชนจะร่วมกันออกแบบระบบที่เหมาะสมกับบริบทของหมู่บ้าน ในระหว่างเดือนธันวาคม 2568–มกราคม 2569 กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่

1. จัดประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ อสม. ผู้นำหมู่บ้าน อบท. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนประชาชน
2. กำหนดองค์ประกอบของระบบ เช่น การแยกขยะที่ต้นทาง การตั้งจุดรับขยะอันตราย ระบบธนาคารขยะ
3. วางแผนกิจกรรม การรณรงค์ สื่อสาร และกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบในพื้นที่ชุมชนต้นแบบ เมื่อออกแบบระบบเรียบร้อยแล้ว จะมีการนำระบบไปทดลองใช้จริงภายในชุมชนบ้านดอนสวรรค์ หมู่ที่ 8 ในระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2569 กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่

1. จัดกิจกรรมรณรงค์การแยกขยะ เช่น แจกถังขยะแยกประเภท การอบรมให้ความรู้ การแข่งขันแยกขยะ
2. ตั้งจุดรับขยะอันตรายและขยะรีไซเคิล
3. ส่งเสริมการใช้ธนาคารขยะ การนำขยะไปแลกสินค้า หรือเป็นแต้มสะสม
4. ให้ประชาชน อสม. และกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินระบบอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 ติดตามผลและประเมินประสิทธิภาพของระบบ หลังจากมีการดำเนินงานระบบจัดการขยะเป็นระยะเวลาหนึ่ง ผู้วิจัยจะทำการประเมินประสิทธิภาพของระบบในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2569 กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่

1. เก็บข้อมูลซ้ำจากประชาชน (แบบสอบถาม Post-test) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม ความรู้ และทัศนคติ
2. ประเมินสภาพแวดล้อมชุมชนโดยใช้แบบประเมินสิ่งแวดล้อม
3. ประเมินผลด้านสุขภาวะของประชาชน เช่น ความพึงพอใจ ความเครียดที่ลดลง ปัญหาสุขภาพจากขยะที่ลดลง

4. สัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงาน

ระยะที่ 5 สรุปผล ถอดบทเรียน และขยายผล ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2569-มีนาคม 2569 ขั้นตอนสุดท้ายคือการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และเผยแพร่ผลการดำเนินงาน รวมถึงการเตรียมการขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่

1. สรุปผลการดำเนินงาน จุดแข็ง-จุดอ่อนของระบบ
2. จัดทำคู่มือต้นแบบระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมสำหรับใช้ในชุมชนอื่น
3. จัดเวทีสรุปผลร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย
4. เสนอผลการวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการขยายผลในระดับตำบลหรืออำเภอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของประชาชน ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ทัศนคติและพฤติกรรมในการจัดการขยะ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อแสดงลักษณะทั่วไปของประชากรและระดับของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงก่อนและหลัง (Pre-test/Post-test) ใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ระดับนัยสำคัญที่ใช้คือ 0.05 ทัศนคติและพฤติกรรมวิเคราะห์ตามค่าเฉลี่ยในช่วงคะแนน 1-5 และจำแนกเป็นระดับ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เวทีประชาคม การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรม วิธีการวิเคราะห์ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) อ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบเพื่อจับประเด็นสำคัญ จัดกลุ่มเนื้อหาตามหมวดหมู่ เช่น ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการขยะ แนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากมุมมองของชุมชน สังเคราะห์เนื้อหาเพื่อประกอบการอธิบายผลการดำเนินงาน และสนับสนุนข้อค้นพบเชิงปริมาณ

3. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมจากแบบประเมินสิ่งแวดล้อม เช่น ความสะอาด จำนวนจุดทิ้งขยะ สภาพแวดล้อม ใช้การสังเกตเปรียบเทียบก่อนและหลัง (Baseline vs. Post-implementation) รายงานผลด้วยคำอธิบาย พร้อมภาพประกอบ และสรุปเป็นประเด็นเชิงพื้นที่

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และได้รับการรับรองเลขที่ SKN REC 2025-093 เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2568 การดำเนินการวิจัยคำนึงถึงสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีมาตรการปกป้องผู้เข้าร่วมวิจัยจากผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการศึกษาอย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 60.89 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 37.99 และเพศอื่น ๆ/ไม่ระบุเพศ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.12 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 27.37 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 50-59 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 25.70 และช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 18.99 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 39.66 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 34.64 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 11.74 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 44.13 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 21.23 และค้าขาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 13.41 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 47.82 ปี (SD = 12.36) อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 24.91 ปี (SD = 13.48) และมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.27 คน (SD = 1.52)

2. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยก่อนดำเนินการ (n = 179)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ต่ำสุด	สูงสุด	Mean	SD	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยก่อนดำเนินการ	10	2	9	5.83	1.74	58.30	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยเฉลี่ย 5.83 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 58.30 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ

เกณฑ์การแปลผลความรู้ 3 ระดับที่กำหนดไว้ในโครงร่างวิจัย ได้แก่ ร้อยละ 0–50 ระดับต่ำ ร้อยละ 51–79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80–100 ระดับสูง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการตอบถูกเป็นรายชื่อของแบบวัดความรู้ก่อนดำเนินการ (n = 179)

ข้อ	ประเด็นความรู้	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ
1	ขยะอินทรีย์ เช่น เศษอาหาร สามารถย่อยสลายได้	150	83.80
2	ถ่านไฟฉายและหลอดไฟใช้แล้วเป็นขยะทั่วไป	81	45.25
3	ควรแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง	161	89.94
4	ขวดพลาสติกสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้	154	86.03
5	ยาเสื่อมคุณภาพควรทิ้งลงอ่างล้างจาน	74	41.34
6	ขยะอันตรายควรทิ้งร่วมกับขยะทั่วไปได้	70	39.11
7	การเผาขยะในที่โล่งช่วยกำจัดขยะได้ปลอดภัย	91	50.84
8	ขยะอันตรายสามารถทำให้เกิดโรคได้	144	80.45
9	การทิ้งขยะลงในคลองทำให้น้ำเน่าเสีย	157	87.71
10	การรีไซเคิลเป็นวิธีช่วยลดขยะมูลฝอย	162	90.50

จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 10 เรื่องการรีไซเคิลเป็นวิธีช่วยลดขยะมูลฝอย จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 90.50 รองลงมา ได้แก่ ข้อ 3 เรื่องควรแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง คิดเป็นร้อยละ 89.94 และข้อ 9 เรื่องการทิ้งขยะลงในคลองทำให้น้ำเน่าเสีย คิดเป็นร้อยละ 87.71 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 6 เรื่องขยะอันตรายควรทิ้งร่วมกับขยะทั่วไปได้ คิดเป็นร้อยละ 39.11 รองลงมา คือ ข้อ 5 เรื่องยาเสื่อมคุณภาพควรทิ้งลงอ่างล้างจาน คิดเป็นร้อยละ 41.34 และข้อ 2 เรื่องถ่านไฟฉายและหลอดไฟใช้แล้วเป็นขยะทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 45.25

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยก่อนดำเนินการ (n = 179)

รายการ	M	SD	ระดับ
1. การแยกขยะก่อนทิ้งเป็นสิ่งที่ควรทำในชีวิตประจำวัน	4.12	0.74	มาก
2. ขยะที่ไม่ได้รับการจัดการที่ถูกทิ้งอาจก่อให้เกิดโรคได้	4.28	0.68	มากที่สุด
3. ขยะอันตรายควรแยกออกจากขยะทั่วไป	3.84	0.91	มาก
4. การรีไซเคิลช่วยลดปริมาณขยะในชุมชนได้	4.16	0.72	มาก
5. ฉันรู้สึกมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการจัดการขยะในชุมชน	3.31	0.98	ปานกลาง
6. ถังขยะแยกประเภทควรมีในทุกครัวเรือน	4.21	0.76	มากที่สุด
7. ชุมชนควรมีบทบาทหลักในการจัดการขยะร่วมกับองค์กรภาครัฐ	4.05	0.81	มาก
8. การทิ้งขยะลงในคลองหรือลำห้วยส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง	4.34	0.64	มากที่สุด
9. การเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับขยะเป็นเรื่องสำคัญ	3.57	0.89	มาก
10. ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกครอบครัวควรตระหนัก	4.26	0.69	มากที่สุด
รวม	4.01	0.56	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.01$, $SD = 0.56$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การทิ้งขยะลงในคลองหรือลำห้วย ส่งผลเสียต่อสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง ($M = 4.34$, $SD = 0.64$) รองลงมา คือ ขยะที่ไม่ได้รับการจัดการที่ถูกทิ้งอาจก่อให้เกิดโรคได้ ($M = 4.28$, $SD = 0.68$) และขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกครอบครัวควรตระหนัก ($M = 4.26$, $SD = 0.69$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความรู้สึกมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการจัดการขยะในชุมชน ($M = 3.31$, $SD = 0.98$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยก่อนดำเนินการ ($n = 179$)

รายการ	M	SD	ระดับ
1. แยกขยะอินทรีย์ ขยะทั่วไป และขยะรีไซเคิลในบ้าน	2.94	1.07	ปานกลาง
2. แยกขยะอันตรายออกจากขยะอื่น	2.31	1.03	น้อย
3. ล้างภาชนะก่อนนำไปรีไซเคิล	2.88	0.98	ปานกลาง
4. นำขยะรีไซเคิลไปส่งที่จุดรับซื้อหรือธนาคารขยะ	2.46	1.08	น้อย
5. ไม่เผาขยะในที่โล่งแจ้ง	3.22	1.15	ปานกลาง
6. ใช้ถุงผ้าหรือภาชนะส่วนตัวเพื่อลดการใช้พลาสติก	2.75	1.00	ปานกลาง
7. นำเศษอาหารไปทำปุ๋ยหมักหรือใช้ประโยชน์อื่น	2.19	1.01	น้อย
8. เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะในหมู่บ้าน	2.41	0.96	น้อย
9. สังเกตและแจ้งเตือนผู้อื่นเมื่อพบการทิ้งขยะไม่ถูกต้อง	2.63	0.91	ปานกลาง
10. สอนสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการแยกขยะอย่างถูกต้อง	2.84	0.94	ปานกลาง
รวม	2.66	0.63	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.66$, $SD = 0.63$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การไม่เผาขยะในที่โล่งแจ้ง ($M = 3.22$, $S.D. = 1.15$) รองลงมาคือการแยกขยะในบ้าน ($M = 2.94$, $SD = 1.07$) และการล้างภาชนะก่อนนำไปรีไซเคิล ($M = 2.88$, $SD = 0.98$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การนำเศษอาหารไปทำปุ๋ยหมักหรือใช้ประโยชน์อื่น ($M = 2.19$, $SD = 1.01$) และการแยกขยะอันตรายออกจากขยะอื่น ($M = 2.31$, $SD = 1.03$)

ผลการประเมินสภาพแวดล้อมชุมชนก่อนดำเนินการ ก่อนดำเนินการ พบว่า ชุมชนยังมีความรู้การจัดการขยะมูลฝอยในหลายประเด็น โดยจากการสำรวจพบว่าครัวเรือนร้อยละ 52.51 มีการกำจัดขยะโดยการเผาในที่โล่ง และร้อยละ 61.45 ยังไม่มีการคัดแยกขยะอันตรายอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ พื้นที่สาธารณะยังขาดจุดรองรับขยะที่เพียงพอ โดยมีจำนวนจุดทิ้งขยะไม่ครอบคลุม และสภาพถังขยะและบริเวณโดยรอบอยู่ในระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 58.00 ของพื้นที่สำรวจ รวมทั้งยังพบว่าการสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการคัดแยกขยะในชุมชนยังไม่ทั่วถึง

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย พบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ปัญหาการคัดแยกขยะไม่ต่อเนื่อง พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะอย่างสม่ำเสมอ โดยยังคงทิ้งขยะรวมกัน โดยเฉพาะขยะอันตรายและเศษอาหาร ซึ่งสะท้อนถึงการขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ

“ส่วนใหญ่ชาวบ้านยังไม่แยกขยะ ทั้งรวมกันหมด โดยเฉพาะขยะอันตรายก็ยังปะปนอยู่” (อสม.)

ประเด็นที่ 2 การเผาขยะยังเป็นวิธีหลักในบางครัวเรือน พบว่าบางครัวเรือนยังคงใช้การเผาขยะเป็นวิธีการกำจัดหลัก เนื่องจากสะดวกและยังไม่มีระบบรองรับที่ชัดเจนในระดับชุมชน

“บางบ้านก็ยังเผาขยะ เพราะไม่มีที่ทิ้ง และไม่มีระบบเก็บขยะที่ชัดเจน” (ผู้นำชุมชน)

ประเด็นที่ 3 ศักยภาพด้านทุนทางสังคมของชุมชน ชุมชนมีศักยภาพด้านทุนทางสังคมค่อนข้างดี โดยมี อสม. ผู้นำชุมชน และเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง และพร้อมมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ

“ชุมชนเรามี อสม. และผู้นำที่เข้มแข็ง ถ้ามีระบบที่ดี ทุกคนพร้อมช่วยกันทำ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

ประเด็นที่ 4 แนวทางการพัฒนาระบบแบบมีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการแก้ไขปัญหาควรพัฒนาเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

“ถ้าจะให้ยั่งยืน ต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ไม่ใช่แค่สั่งให้ทำ” (ตัวแทน อปท.)

3. ผลการพัฒนากระบวนการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วม องค์ประกอบของระบบจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น โดยจากการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นเป็น “ระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based Participatory Solid Waste Management System)” ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านคน ด้านคน ด้านกระบวนการ ด้านเครื่องมือและสิ่งสนับสนุน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) ด้านคน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ตัวแทนครัวเรือน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีบทบาทสำคัญ ได้แก่ (1) อสม. ทำหน้าที่ให้ความรู้ ติดตาม และประสานงานในชุมชน (2) ผู้นำชุมชนทำหน้าที่กำหนดแนวทางและขับเคลื่อนกิจกรรม (3) ประชาชนมีบทบาทในการคัดแยกขยะและปฏิบัติตามระบบ (4) อปท. สนับสนุนด้านทรัพยากรและการจัดการ (5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำปรึกษาและกำกับติดตาม

(2) ด้านกระบวนการ ระบบประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ (1) การคัดแยกขยะที่ต้นทางในระดับครัวเรือน (2) การรวบรวมและจัดการขยะในจุดที่กำหนด (3) การจัดการขยะอันตรายแยกเฉพาะ (4) การนำขยะรีไซเคิลเข้าสู่ระบบธนาคารขยะ (5) การติดตามและประเมินผลพฤติกรรมจัดการขยะของประชาชนโดย อสม.

(3) ด้านเครื่องมือและสิ่งสนับสนุน เครื่องมือที่ใช้ในระบบ ได้แก่ (1) ถังขยะแยกประเภทในครัวเรือน (2) จุดรวบรวมขยะอันตรายในชุมชน (3) ระบบธนาคารขยะ (4) สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายความรู้ แผ่นพับ และกิจกรรมรณรงค์ (5) แบบติดตามพฤติกรรมจัดการขยะของครัวเรือน

(4) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ (1) การร่วมวิเคราะห์ปัญหาในเวทีประชาคม (2) การร่วมออกแบบระบบการจัดการขยะ (3) การมีส่วนร่วมในการทดลองใช้ระบบ (4) การติดตามและสะท้อนผลการดำเนินงาน

ระบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นระบบบูรณาการที่เชื่อมโยงบุคคล กระบวนการ และทรัพยากรในชุมชนเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการขยะและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนาระบบ พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาระบบ โดย 1) การร่วมคิด ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาผ่านเวทีประชาคม 2) การร่วมวางแผน ร่วมกำหนดรูปแบบและกิจกรรม เช่น จุฬารวบรวมขยะและธนาคารขยะ 3) การร่วมปฏิบัติ เข้าร่วมกิจกรรมอบรม รมรงค์ และคัดแยกขยะ โดยกิจกรรมอบรมมีผู้เข้าร่วมมากที่สุด จำนวน 58 คน และ 4) การร่วมประเมินผล มีส่วนร่วมในการสะท้อนความคิดเห็นและเสนอแนวทางปรับปรุงระบบ โดยสรุป ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในทั้ง 4 มิติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความสำเร็จของการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

4. ผลการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 179)

ตัวแปร	M ก่อน	SD	M หลัง	SD	M.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย	5.83	1.74	8.74	1.08	2.91	20.46	< 0.001
ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอย	4.01	0.56	4.47	0.41	0.46	11.38	< 0.001
พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย	2.66	0.63	4.08	0.52	1.42	27.19	< 0.001

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 5.83 คะแนน เป็น 8.74 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.46, p < 0.001$) หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 4.01 เป็น 4.47 และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.38, p < 0.001$) หลังการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.66 เป็น 4.08 ($t = 27.19, p < 0.001$) ผลการประเมินสภาพแวดล้อมชุมชนก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า หลังการดำเนินการ สภาพแวดล้อมของชุมชนดีขึ้นในหลายประเด็น โดยเฉพาะการจัดให้มีถังขยะอันตรายแยกชัดเจน การติดตั้งสื่อประชาสัมพันธ์ การปรับปรุงสภาพถังขยะ และการลดการเผาขยะในที่โล่ง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์หลังดำเนินระบบ (n = 179)

รายการประเมินผลลัพธ์	Mean	SD	ระดับ
1. ขยะในบ้านน้อยลงกว่าก่อนมีโครงการ	4.18	0.69	มาก
2. แยกขยะมากขึ้นกว่าก่อนมีโครงการ	4.32	0.62	มากที่สุด
3. บ้านและชุมชนดูสะอาดขึ้น	4.27	0.66	มากที่สุด
4. รู้สึกว่ามีสุขภาพดีขึ้น	3.89	0.77	มาก
5. พึงพอใจกับระบบขยะที่ใช้ในตอนนี้	4.24	0.64	มากที่สุด
6. ได้เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะ	4.05	0.73	มาก

รายการประเมินผลลัพธ์	Mean	SD	ระดับ
7. อยากให้มีโครงการแบบนี้ต่อไปในหมู่บ้าน	4.46	0.58	มากที่สุด
8. พุดคุยและแนะนำคนในครอบครัวให้แยกขยะถูกวิธี	4.11	0.71	มาก
9. รู้สึกว่าคนในชุมชนร่วมมือกันมากขึ้นเรื่องขยะ	4.20	0.67	มาก
10. อยากให้โครงการนี้ดำเนินต่อและขยายผลระยะยาว	4.51	0.55	มากที่สุด
รวม	4.22	0.49	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินผลลัพธ์หลังดำเนินระบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.22$, $SD = 0.49$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความต้องการให้โครงการดำเนินต่อและขยายผลระยะยาว ($M = 4.51$, $SD = 0.55$) รองลงมา คือ ความต้องการให้มีโครงการแบบนี้ต่อไปในหมู่บ้าน ($M = 4.46$, $SD = 0.58$) และการแยกขยะมากขึ้นกว่าก่อนมีโครงการ ($M = 4.32$, $SD = 0.62$)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลมีการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนก่อนการดำเนินการพัฒนาระบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก แต่พฤติกรรมจัดการขยะยังอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่า แม้ประชาชนจะตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาขยะและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แต่การนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงยังไม่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ ทำให้เห็นช่องว่างระหว่างการรับรู้และการปฏิบัติ (knowledge-practice gap) ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านระบบสนับสนุนและกลไกการจัดการในระดับชุมชน เช่น การขาดจตุรบรรณขยะที่เพียงพอ ระบบจัดการขยะอันตรายที่ชัดเจน และกลไกการติดตามพฤติกรรมของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรมควบคุมมลพิษ (2561) ที่ระบุว่า ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในประเทศไทยมักเกิดจากการขาดระบบการจัดการที่ครบวงจร โดยเฉพาะการคัดแยกขยะที่ต้นทาง การนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ และการกำจัดขยะอย่างถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ แนวทางการจัดการขยะตามหลัก 3R (Reduce Reuse Recycle) ชี้ให้เห็นว่าการลดปริมาณขยะและการคัดแยกขยะจะประสบผลสำเร็จได้ จำเป็นต้องมีทั้งการสร้างความรู้ ความตระหนัก และการจัดระบบสนับสนุนในระดับชุมชนควบคู่กันไป (กรมควบคุมมลพิษ, 2561) นอกจากนี้ ยังพบว่าประชาชนบางส่วนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดการขยะอันตรายในครัวเรือนและการกำจัดวัสดุที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นประเด็นที่พบได้ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยพัชรี ตรียากานต์ (2563) พบว่าประชาชนในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะอันตรายและการกำจัดขยะอย่างถูกวิธี ส่งผลให้เกิดการปะปนของขยะหลายประเภทและทำให้ระบบการจัดการขยะไม่มีประสิทธิภาพ ในด้านพฤติกรรมจัดการขยะ พบว่า การแยกขยะ การนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ และการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี พรหมศรี และเสาวลักษณ์ กิตติคุณ (2560) ที่พบว่าพฤติกรรมจัดการขยะของครัวเรือนตามแนวคิด 3R จะเกิดขึ้นได้ดีเมื่อประชาชนได้รับทั้งความรู้และแรงสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมของชุมชน รวมถึงมีระบบรองรับที่เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่นเดียวกับการศึกษาของวันวิสาข์ คำดี ศรีธัญญา อนุมศักดิ์ และวิโรจน์ จันทรศรี (2560) ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการขยะ ได้แก่ ระดับความรู้ การรับรู้ความสำคัญของปัญหา และการสนับสนุนจากชุมชน หาก

ชุมชนขาดระบบสนับสนุนหรือกลไกการจัดการที่ชัดเจน พฤติกรรมที่เหมาะสมก็จะเกิดขึ้นได้ยาก จึงสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับทั้งความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ และโครงสร้างการจัดการในระดับพื้นที่

2. การพัฒนาและทดลองใช้ระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นระบบบูรณาการที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านคน (People) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านเครื่องมือและสิ่งสนับสนุน (Tools and Support) และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation) โดยองค์ประกอบดังกล่าวทำงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้เกิดกลไกการจัดการขยะที่ชัดเจนในระดับครัวเรือนและระดับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของตะวัน ปริญา (2562) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจัดการปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนประสบผลสำเร็จ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกัน สมชาย จารุโส และคณะ (2561) พบว่าการจัดการขยะชุมชนอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องมีระบบการทำงานที่ชัดเจน มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของอิสระ กิตติคุณ วรพจน์ พงษ์ศรี และกฤษณ์ ชันฉวี (2563) ซึ่งพบว่ารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยที่ประสบความสำเร็จในชุมชนจังหวัดสกลนครมีลักษณะสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีผู้นำท้องถิ่นที่เข้มแข็ง และการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ในขณะที่ชัชวาล ปริวัฒน์ (2563) ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนด้านนโยบาย งบประมาณ และโครงสร้างการจัดการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของระบบการจัดการขยะในระดับพื้นที่ ดังนั้น ระบบที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดทางวิชาการและงานวิจัยที่ผ่านมา โดยเป็นรูปแบบที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของประชาชนกับการสนับสนุนของหน่วยงานในพื้นที่ ทำให้เกิดระบบการจัดการขยะที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

หลังจากดำเนินการตามระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีทัศนคติและพฤติกรรมการจัดการขยะที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้สภาพแวดล้อมของชุมชนยังมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เช่น การคัดแยกขยะเพิ่มขึ้น การลดการเผาขยะ และการมีจุดรองรับขยะประเภทต่าง ๆ ในชุมชน ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวน่าจะเกิดจากการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการพัฒนาระบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การร่วมออกแบบแนวทาง ไปจนถึงการติดตามผล ทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจในเหตุผลของการคัดแยกขยะ รู้สึกเป็นเจ้าของระบบ และสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการขยะตามหลัก 3R ที่เน้นการลดขยะที่แหล่งกำเนิด การใช้ซ้ำ และการนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ (กรมควบคุมมลพิษ, 2561) ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของเอกรัตน์ ลีลา และนิตยา ศรีสวัสดิ์ (2562) ที่พบว่า การจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3R ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถช่วยลดปริมาณขยะและส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะที่เหมาะสมของประชาชนได้ นอกจากนี้ การที่ประชาชนมีความพึงพอใจต่อระบบและต้องการให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องยังสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีศักยภาพในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของสมชาย จารุโส และคณะ (2561) ที่ระบุว่า การจัดการขยะชุมชนจะเกิดความยั่งยืนได้เมื่อประชาชนมีส่วนร่วมและเห็นคุณค่าของกิจกรรม ดังนั้น ระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นจึงสามารถยกระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ และสภาพแวดล้อมของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีศักยภาพในการ

นำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจสัมพันธ์กับบริบทเฉพาะของชุมชนที่มีทุนทางสังคมค่อนข้างดีและมีภาคีเครือข่ายพร้อมให้ความร่วมมือ ดังนั้น การนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นควรคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทชุมชนและศักยภาพของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ร่วมด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน ในการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการคัดแยกขยะ ลดการเผาขยะ และลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบในหลายหมู่บ้านหรือหลายตำบล เพื่อพัฒนารูปแบบที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. (2566). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566. รายการนี้ตรวจสอบชื่อรายงานได้ตรงกับเอกสารของกรมควบคุมมลพิษ
- กรมควบคุมมลพิษ. (2567). รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567.
- กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. (2553). คู่มือการประเมินผลกระทบกรณีการจัดการขยะมูลฝอยสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. เอกสารคู่มือการประเมินผลกระทบ
- ชัชวาล ปริวัฒน์. (2563). ศักยภาพการจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดระนอง. วารสารการปกครองท้องถิ่น, 13(3), 286–300.
- ตะวัน ปริญญา. (2562). การมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยของชุมชนตำบลริ้วราย อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารแสงอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 16(2), 499–512.
- พัชร ตรียานันต์. (2563). การศึกษาสภาพปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารชุมชนวิจัย, 14(4), 53–61.
- โรงพยาบาลวานรนิวาส. (2568). ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลวานรนิวาส.
- สมชาย จารุโส และคณะ. (2561). รายงานวิจัยการจัดการขยะชุมชนอย่างยั่งยืนของชุมชนสระแก้วและชุมชนบ้านล่าง เทศบาลเมืองปากพอง จังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานวิจัยฉบับเต็ม
- สุมาลี พรหมศรี และเสาวลักษณ์ กิตติคุณ. (2560). พฤติกรรมในการจัดการขยะของครัวเรือนตามแนวคิด 3Rs: กรณีศึกษาเทศบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม, 13(1), 80–91.
- วันวิสาข์ คำดี, สรัญญา ถนอมศักดิ์, และวิโรจน์ จันทศรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะในหมู่บ้านโป่งปะ ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 20(2), 310–319.

- อิสระ กิตติคุณ, วรพจน์ พงษ์ศรี, และกฤษณ์ ชันธิวิทย์. (2563). รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยหมู่บ้านจำปา ตำบลบงเหนือ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(12), 112–122.
- เอกรัตน์ ลีลา และนิตยา ศรีสวัสดิ์. (2562). การจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋อ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ตามหลักการของ 3R. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม*, 14(1), 89–97.
- Kaza, S., Yao, L. C., Bhada-Tata, P., & Van Woerden, F. (2018). *What a waste 2.0: A global snapshot of solid waste management to 2050*. World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1329-0>
- United Nations Environment Programme. (2023). *Turning off the tap: How the world can end plastic pollution and create a circular economy*. UNEP report

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7576



การพัฒนาแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซำก่าย จังหวัดสกลนคร
Development of a Cervical Cancer Screening Promotion Model Through the
Participation of Village Health Volunteers at Ban Kuakhai Subdistrict Health
Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province.

ชื่นฤทัย ไผตาคำ

Chuenrutai Paitacum

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซำก่าย จังหวัดสกลนคร

Ban Khua Kai Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province

*Corresponding author, e-mail: Chuenrutai2522@gmail.com

Received: March 10, 2026; Revised: May 4, 2026; Accepted: June 6, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการปฏิเสธการคัดกรอง พัฒนารูปแบบ และ ประเมินผลการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซำก่าย อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และสาเหตุการปฏิเสธการคัดกรอง 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ประเมินประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบ เจาจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความ พึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired-samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) สาเหตุสำคัญของการปฏิเสธการคัดกรอง ได้แก่ ความอาย ความกลัวผลการ ตรวจ การขาดความรู้ และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ การสนับสนุนโดย อสม. การอำนวยความสะดวกในการใช้ชุดเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่อง คลอดด้วยตนเอง และการติดตามกระตุ้นเตือน และ 3) หลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มจาก 4.32 เป็น 9.00 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.64, p < 0.001$) การรับรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ชุดตรวจได้ถูกต้อง และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($M = 4.52, SD = 0.38$) สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรนำไปประยุกต์ใช้ในระดับ หมู่บ้านและขยายผลสู่ชุมชน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ : มะเร็งปากมดลูก, การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง, การตรวจคัดกรอง, อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This study is a Research and Development (R&D) study aimed at examining the development and evaluation of a model for promoting cervical cancer screening through the participation of village health volunteers (VHVs) in the service area of Ban Khua Kai Tambon Health Promoting Hospital, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province. The study was conducted in three phases: Phase 1 a situational analysis and identification of reasons for screening refusal; Phase 2 model development; and Phase 3 evaluation of the model's effectiveness. A one-group pre-test and post-test quasi-experimental design was employed. The sample consisted of 50 women aged 30–60 years who had never undergone cervical cancer screening during the period 2023–2025, selected by purposive sampling. Research instruments included questionnaires assessing knowledge, health perception, health behavior, and satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired t-test.

The research findings revealed that 1) The primary reasons for refusing cervical cancer screening included shame, fear of test results, lack of knowledge, and limited access to services. 2) The model for promoting cervical cancer screening through self-collected vaginal cell sampling with the participation of village health volunteers consisted of four key components: knowledge provision, support by village health volunteers, facilitation of self-sampling kit use, and follow-up reminders. 3) After implementing the model, the participants' knowledge scores increased significantly, with the mean score rising from 4.32 to 9.00 ($t = 18.64$, $p < 0.001$). Health perception and health behavior also improved significantly ($p < 0.001$). The participants were able to use the self-sampling kits correctly, and their satisfaction with the model was at the highest level (Mean = 4.52, SD = 0.38). In conclusion, the developed model effectively enhanced women's knowledge, health perception, and cervical cancer screening behavior. It is recommended for implementation at the village level and for further scale-up to the community level, in order to increase screening coverage and reduce the long-term risk of cervical cancer.

Keywords : Cervical cancer, HPV self-sampling, cervical cancer screening, village health volunteers, health promotion

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและของโลก จากสถิติโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2565 พบว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 ในสตรีไทย โดยมีอัตราอุบัติการณ์ 11.1 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 2,713 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.88 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเพศหญิงทั้งหมด สาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus (HPV) ซึ่งเป็นการติดเชื้อไวรัสที่พบบ่อยในระบบสืบพันธุ์ของมนุษย์ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ในระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อเร่งรัดการขจัดมะเร็งปากมดลูก (Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer) โดยตั้งเป้าหมายให้สตรีอย่างน้อยร้อยละ 70 ได้รับการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย 2 ครั้งในช่วงอายุ 35 และ 45 ปี การติดเชื้อ HPV เป็นปัจจัยสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่ามีมากกว่า 100 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high-risk HPV) ได้แก่ สายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั่วโลก (World Health Organization, 2020)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งเป้าหมายให้สตรีกลุ่มอายุ 30–60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งทุก 5 ปี (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2567) อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกขั้นสุดท้ายจำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งได้จากการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) เพื่อระบุตำแหน่งของรอยโรคอย่างชัดเจน การใช้การส่องกล้องปากมดลูกร่วมกับการตรวจเซลล์วิทยาจะช่วยให้สามารถตรวจพบรอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชลัยธร นันทสุภา และ จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2564) ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2558–2560 พบว่า อัตราการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราร้อยละ 7.26, 7.76 และ 7.90 ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้สตรีไทยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการตรวจพบโรคในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาว (พิทยารัตน์ จิกยอง และคณะ, 2567) กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการรณรงค์ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง แต่ผลการดำเนินงานในหลายพื้นที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร พบว่า อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร คิดเป็นร้อยละ 63.75 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของประชากรหญิงอายุ 30–60 ปี ในจังหวัดสกลนครในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 มีอุบัติการณ์ 179.18, 258.93 และ 245.64 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 พบว่ามีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองร้อยละ 17.82, 28.83, 16.11, 26.62 และ 38.20 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2568)

ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย ตำบลขัวก่าย อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า มีสตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองร้อยละ 65, 75 และ 78 ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80 อีกทั้งยังพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565–2567 พบผู้ป่วยจำนวน 0, 1 และ 3 ราย ตามลำดับ แม้จะยังไม่พบผู้เสียชีวิต แต่ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เพื่อให้สามารถค้นพบผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายได้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย, 2568) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV Self Sampling เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยช่วยลดข้อจำกัดของการตรวจแบบดั้งเดิม เช่น ความอาย ความไม่สะดวก และความกลัวจากการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม การนำวิธีการดังกล่าวมาใช้ให้เกิดประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารและการสนับสนุนจากบุคคลในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเข้าถึงประชาชนและสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง (กุลกานต์ พิศออ่อน, 2567)

แนวคิดทางทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ของ Rogers (1983) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดจากกระบวนการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค และการประเมินประสิทธิผลของพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ยังอธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล ข่าวสาร กำลังใจ และการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง สามารถส่งเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม งานวิจัยในประเทศไทยหลายการศึกษาพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนัก การให้ข้อมูล และการกระตุ้นเตือนให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง (วิจิตร ใจดี, 2566) ดังนั้น การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยประยุกต์ใช้วิธี HPV Self Sampling เป็นทางเลือกในการตรวจคัดกรองสำหรับสตรีที่ปฏิเสธการตรวจแบบดั้งเดิม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองในชุมชน และเป็นแนวทางในการลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม รวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะยาวต่อไป

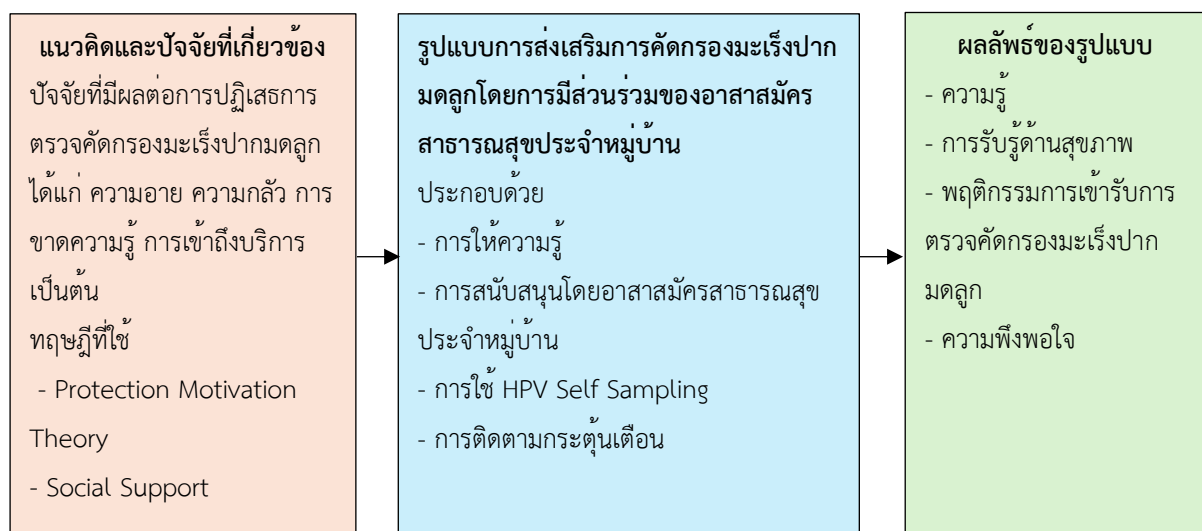
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุของการปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ HPV Self Sampling ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และความพึงพอใจของสตรีอายุ 30–60 ปี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาขึ้นตามแนวทางการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยบูรณาการ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการให้ความรู้ สนับสนุน และติดตามกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับการใช้ HPV Self Sampling เพื่อส่งเสริมความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย ดังแสดงในภาพกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุของการปฏิเสธการตรวจคัดกรอง (Research Phase: R1)

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และสาเหตุของการปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน โดยกลุ่มศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบครอบคลุมประชากรทั้งหมด ประกอบด้วยสตรีอายุ 30–60 ปี ที่ยังไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 จำนวน 50 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย อำเภอนิคมน้ำอ้น จังหวัดสกลนคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจ HPV Self Sampling ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบมาตรฐานค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบปลายเปิด เพื่อใช้สำรวจปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อการปฏิเสธการตรวจคัดกรอง เช่น ความอาย ความกลัวต่อผลการตรวจ และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยพบว่ามีความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความรู้มีความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุของการปฏิเสธการตรวจคัดกรอง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Development Phase: D1)

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การเก็บตัวอย่างเซลล์ด้วยตนเอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง (2) การสนับสนุนและติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (3) การใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling และ (4) การติดตามกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเกิดความรู้ ความเข้าใจ และตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง

เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้ประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คู่มือการใช้ HPV Self Sampling สำหรับสตรีกลุ่มเป้าหมาย และคู่มือการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามกลุ่มเป้าหมาย

รูปแบบและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ภายหลังการปรับปรุงได้นำรูปแบบไปทดลองใช้ในวงจำกัด (Try-out Implementation) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น จากนั้นนำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (Research Phase: R2)

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest–Posttest Design) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้รูปแบบ

กลุ่มศึกษาเป็นสตรีอายุ 30–60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 50 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชั่วคราว อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ HPV Self Sampling แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ รวมถึงแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ โดยเครื่องมือดังกล่าวเป็นชุดเดียวกับที่ใช้ในระยะที่ 1 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) จากนั้นดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ การสนับสนุนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การใช้ HPV Self Sampling และการติดตามกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ศึกษา นอกจากนี้ ยังมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสะท้อนความคิดเห็น ประสพการณ์ และข้อเสนอแนะต่อการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ t-test แบบจับคู่ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test และพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่ออธิบายผลลัพธ์เชิงลึกของการใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาแบบครอบคลุมประชากรทั้งหมด เนื่องจากจำนวนประชากรในพื้นที่มีขนาดจำกัด และสามารถเข้าถึงได้ครบถ้วน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. สตรีอายุ 30–60 ปี ที่ยังไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 จำนวน 50 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชั่วคราว อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน ที่รับผิดชอบดูแลสตรีอายุ 30–60 ปี ในพื้นที่ดังกล่าว

ดังนั้น กลุ่มศึกษาในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นประชากรทั้งหมด โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สตรีกลุ่มเป้าหมาย มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นสตรีอายุ 30–60 ปี 2) ไม่เคยเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 3) มีสุขภาพทั่วไปสมบูรณ์ สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 4) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) มีประวัติเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 2) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบดูแลสตรีอายุ 30–60 ปี 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3) สามารถสื่อสารและให้คำแนะนำได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 5) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับ HPV Self Sampling

สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน 2) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา และ 3) ไม่สามารถปฏิบัติงานตามโครงการได้

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งตามระยะของการดำเนินการวิจัยแบบ Research and Development (R&D) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. เครื่องมือในระยะที่ 1 (Research Phase: R1)

1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สำหรับเก็บข้อมูลลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

1.2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ HPV Self Sampling เป็นแบบสอบถามชนิด เลือกตอบ (Multiple-choice) จำนวน 20 ข้อ ให้คะแนนคำตอบถูก 1 คะแนน และคำตอบผิด 0 คะแนน คะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน ใช้ประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การป้องกัน และความสำคัญของการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง (HPV Self Sampling)

1.3) แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบมาตราประมาณ ค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 20 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20–100 คะแนน ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง และอุปสรรคในการเข้า รับการตรวจ

1.4) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิด ใช้สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสำรวจปัจจัยที่ทำให้สตรีปฏิเสธการตรวจคัดกรอง เช่น ความกลัว ความอาย ข้อจำกัดด้านเวลา หรือการเข้าถึงบริการ

2. เครื่องมือในระยะพัฒนารูปแบบ (Development Phase: D1)

2.1) รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน

2.2) คู่มือการใช้ HPV Self Sampling สำหรับสตรีกลุ่มเป้าหมาย

2.3) คู่มือดังกล่าวจัดทำขึ้นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเก็บตัวอย่างด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยประกอบด้วยขั้นตอนการใช้อุปกรณ์ วิธีการเก็บตัวอย่าง และคำแนะนำหลังการเก็บตัวอย่าง

2.4) คู่มือการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามกลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. เครื่องมือในระยะประเมินผลรูปแบบ (Research Phase: R2)

3.1) แบบสอบถามความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Posttest) เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับระยะที่ 1 ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบ

3.2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ HPV Self Sampling และการสนับสนุนจากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน

3.3) แบบบันทึกการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้บันทึกกิจกรรมที่ดำเนินการ การติดตามกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

3.4) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังการทดลองใช้รูปแบบ เป็นคำถามปลายเปิด ใช้เพื่อสะท้อนความ คิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายและ อสม. ต่อความเหมาะสม ความสะดวก และประโยชน์ของการใช้ HPV Self Sampling

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เสนอให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย และให้ข้อเสนอแนะใน การปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งถือว่า อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หา ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า (Rating Scale) พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในระดับดีและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงได้

แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามชนิดถูก-ผิด ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method: KR-20) พบว่ามีค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับดี และได้วิเคราะห์ค่าความยากง่ายของข้อคำถาม (Difficulty Index) พบว่า ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.30-0.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แสดงว่าข้อคำถามสามารถจำแนกระดับความรู้ ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ (Preparation Phase)

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการใช้ HPV Self Sampling รวมทั้งศึกษาสถานการณ์ปัญหาการเข้ารับการตรวจคัดกรองของสตรีในพื้นที่จากข้อมูลบริการและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมา

2. พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และคู่มือการเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (Try-out) เพื่อประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

4. จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ การสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนสตรีกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้กับประชาชนในชุมชนผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การแจกแผ่นพับ และการให้ข้อมูลในกิจกรรมชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลศึกษาสถานการณ์ (Research Phase: R1) ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนนี้นำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน โดยดำเนินการดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับสตรีกลุ่มเป้าหมายและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสำรวจปัจจัยที่ทำให้สตรีปฏิเสธการตรวจคัดกรอง เช่น ความอาย ความกลัวต่อผลการตรวจ หรือข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้ (Development Phase: D1)

ขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาและนำรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลลัพธ์ของการพัฒนาในระบายนี คือ ได้รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ การสนับสนุน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การใช้ HPV Self Sampling และการติดตามกระตุ้นเตือน

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความสำคัญของการตรวจคัดกรอง และการใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling แก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย ผ่านการสาธิตและการแจกคู่มือการใช้งาน

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ติดตาม และสร้างแรงจูงใจให้สตรีกลุ่มเป้าหมายยินยอมเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการคัดกรองในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการติดตามผลการตรวจคัดกรอง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ (Research Phase: R2)

ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกที่พัฒนาขึ้น ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานในอนาคต โดยดำเนินการดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest และ Posttest) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง
2. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ประสพการณ์ และข้อเสนอแนะต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่ม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส วิเคราะห์ตัวแปรด้านการรับรู้ ความรู้ พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ t-test แบบจับคู่ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยผู้วิจัยถอดเทปคำสัมภาษณ์อย่างละเอียด จากนั้นจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับหรือปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน

จริยธรรมวิจัย

ได้รับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2025-029 วันที่รับรอง 29 เมษายน 2568 การดำเนินกิจกรรมได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และเพื่อเป็นการปกป้องไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยไม่เจตนา

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสาเหตุของการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ได้แก่ ความรู้สึกอาย ร้อยละ 38.00 รองลงมาคือ ความกลัวผลการตรวจ ร้อยละ 28.00 การขาดความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 20.00 และการไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ ร้อยละ 14.00 เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยุ่งยาก อยู่ในระดับมาก ($M = 3.86$, $SD = 0.69$) และมีความกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจอยู่ในระดับมาก ($M = 3.74$, $SD = 0.72$) ขณะที่ความ

เชื่อมั่นต่อการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) และการรับรู้บทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
กับการปฏิเสธการตรวจ (n = 50)

รายการ	Mean	SD	ระดับ
ฉันเชื่อว่าฉันมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก	2.98	0.74	ปานกลาง
ฉันคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยุ่งยาก	3.86	0.69	มาก
ฉันกังวลเกี่ยวกับผลตรวจที่อาจพบความผิดปกติ	3.74	0.72	มาก
ฉันคิดว่าการตรวจด้วยการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง	2.18	0.81	น้อย
สะดวกกว่าการตรวจในโรงพยาบาล			
ฉันมั่นใจในความถูกต้องของผลตรวจจากการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่อง	1.96	0.77	น้อย
คลอดด้วยตนเอง			
การที่ อสม. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วย	2.48	0.83	น้อย
ตนเองช่วยให้ฉันเข้าใจและมั่นใจมากขึ้น			

2. รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและขั้นตอนของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอน	รายละเอียดแนวทาง	เป้าหมายของขั้นตอน
1. ค้นหาและคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายตกค้าง	อสม. สํารวจสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา	ระบุกลุ่มเสี่ยงที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ
2. ให้ข้อมูลเฉพาะรายและกลุ่ม ย่อย	อสม. ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์การคัดกรอง และแนะนำ HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอด ด้วยตนเอง)	ลดช่องว่างความรู้และสร้างการรับรู้ ความสำคัญ
3. สานิตและฝึกใช้คู่มือ	ใช้คู่มือการใช้ชุดตรวจอธิบายขั้นตอนการเก็บ ตัวอย่างด้วยตนเอง	เพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจใน การใช้ชุดตรวจ
4. ติดตาม กระตุ้น และ ช่วยเหลือ	อสม. เยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือพูดคุย รายบุคคล เพื่อช่วยแก้ปัญหา เช่น ความกลัว ความอาย ความไม่มั่นใจ	ลดอุปสรรคและกระตุ้นให้เกิดการลง มือปฏิบัติจริง
5. รับส่งตัวอย่างและติดตามผล	อสม. ประสานการส่งตัวอย่าง ติดตามผลตรวจ และส่งต่อกรณีผิดปกติ	ทำให้กระบวนการคัดกรองครบวงจร และต่อเนื่อง

รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะเด่นคือการบูรณาการการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) เข้ากับ
กลไกการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ซึ่งช่วยลดอุปสรรคด้าน
ความอาย ความกลัว และการเข้าถึงบริการ

3. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งบูรณาการการให้ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling
และการติดตามกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ในด้านความรู้ พบว่าคะแนน
เฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
มีการเปลี่ยนแปลงในทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของความเชื่อมั่นต่อการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอด
ด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่ง
เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความกังวล ความอาย และอุปสรรคต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง ในด้าน
พฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มการเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านความ
ตั้งใจเข้ารับการตรวจในอนาคต การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ และการแนะนำผู้อื่นให้
เข้ารับการตรวจ

โดยภาพรวม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมทั้งด้านความรู้ การรับรู้ และ
พฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 50$)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	Mean Difference	t	p-value
ด้านความรู้	10	4.32 $\pm$ 1.67	9.00 $\pm$ 0.96	4.68	18.64	< 0.001*
ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ						
การรับรู้ ประโยชน์และ ความสำคัญ	5	3.34 $\pm$ 0.52	4.53 $\pm$ 0.34	1.19	14.72	< 0.001*
ความเชื่อมั่นต่อ HPV Self Sampling	5	2.09 $\pm$ 0.58	4.39 $\pm$ 0.37	2.30	22.48	< 0.001*
การสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	5	2.48 $\pm$ 0.83	4.68 $\pm$ 0.29	2.20	18.96	< 0.001*
รวมการรับรู้ด้านสุขภาพ	5	2.61 $\pm$ 0.47	4.36 $\pm$ 0.31	1.75	23.41	< 0.001*
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ						
ความตั้งใจตรวจในอนาคต	5	2.40 $\pm$ 0.73	4.12 $\pm$ 0.58	1.72	14.62	< 0.001*
การได้รับข้อมูล	5	2.28 $\pm$ 0.81	4.45 $\pm$ 0.51	2.17	16.74	< 0.001*

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	Mean Difference	t	p-value
ความเชื่อว่าจะลดความเสี่ยง	5	2.65 $\pm$ 0.77	4.36 $\pm$ 0.55	1.71	13.88	< 0.001*
การแนะนำครอบครัว	5	2.10 $\pm$ 0.82	3.95 $\pm$ 0.66	1.85	15.03	< 0.001*
การลดค่าใช้จ่าย	5	2.35 $\pm$ 0.79	4.28 $\pm$ 0.57	1.93	14.91	< 0.001*
การแนะนำผู้อื่น	5	2.22 $\pm$ 0.76	4.08 $\pm$ 0.60	1.86	14.37	< 0.001*
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	5	2.33 $\pm$ 0.64	4.21 $\pm$ 0.49	1.88	17.26	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.44, SD = 0.33) โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อคำแนะนำและการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 50)

รายการ	Mean	SD	ระดับ
1. พอใจกับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจที่ได้รับจาก อสม.	4.62	0.49	มากที่สุด
2. คู่มือการใช้งานมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.48	0.54	มากที่สุด
3. รู้สึกมั่นใจในการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง	4.30	0.61	มากที่สุด
4. พอใจกับความสะดวกในการใช้ HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง)	4.46	0.58	มากที่สุด
5. รู้สึกว่าผลตรวจมีความน่าเชื่อถือ	4.26	0.60	มากที่สุด
6. รู้สึกว่าการตรวจด้วยตัวเองช่วยลดความอายเมื่อเทียบกับการตรวจในโรงพยาบาล	4.54	0.50	มากที่สุด
7. พอใจกับบทบาทของ อสม. ในการสนับสนุนการตรวจคัดกรอง	4.60	0.49	มากที่สุด
8. รู้สึกว่า HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง) เหมาะสมกับวิถีชีวิตในชุมชนของตน	4.40	0.57	มากที่สุด
9. ตั้งใจที่จะตรวจ HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง) อีกในอนาคต	4.28	0.64	มากที่สุด
10. คิดว่าควรมีการสนับสนุน HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง) ในวงกว้างมากขึ้น	4.50	0.54	มากที่สุด
รวม	4.44	0.33	มากที่สุด

5. ผลลัพธ์เชิงปฏิบัติของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตรวจคัดกรอง โดยร้อยละ 100.00 ให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัวและติดตามผลหลังการตรวจ ซึ่งช่วยลดความกลัว ความอาย และอุปสรรคในการเข้ารับบริการ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสนับสนุนรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 20)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อสม. ที่ให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัว	20	100.00
อสม. ที่แนะนำในกลุ่มย่อย	15	75.00
อสม. ที่แจกคู่มือ/แผ่นพับพร้อมคำอธิบาย	20	100.00
อสม. ที่ติดตามผลหลังการตรวจแล้ว	20	100.00
ใช้วิธีติดตามแบบเยี่ยมบ้าน	16	80.00
ใช้วิธีติดตามทางโทรศัพท์	11	55.00
ปัญหาที่พบระหว่างการแนะนำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผู้รับบริการมีความกลัวหรือกังวล	16	80.00
ผู้รับบริการไม่เข้าใจวิธีการเก็บตัวอย่าง	9	45.00
อุปกรณ์เก็บตัวอย่างมีปัญหา	2	10.00

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามระยะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ได้แก่ ความอาย ความกลัวต่อผลการตรวจ ความไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองเป็นกระบวนการที่ยุ่งยากหรือไม่สะดวก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตวิทยา การรับรู้ด้านสุขภาพ และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพของสตรี ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับความรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการประเมินอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลรับรู้อุปสรรคสูง เช่น ความอายหรือความกลัว อาจหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง (Rogers, 1983) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสหม๊ะ กือนิ และคณะ (2566) และกุลภากร ปัญสวัสดิ์ และคณะ (2563) ที่พบว่าสตรีจำนวนหนึ่งหลีกเลี่ยงการตรวจคัดกรองเนื่องจากความอาย ความกลัว และการรับรู้ความเสี่ยงในระดับต่ำ โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเป็นส่วนตัวและความกังวลต่อการตรวจ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสตรี ดังนั้น การเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองจึง

จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านจิตใจและบริบททางสังคมควบคู่กับการพัฒนาทางเลือกในการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม เช่น การใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling ซึ่งสามารถลดความอายและเพิ่มความสะดวกในการเข้ารับบริการได้

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการตรวจคัดกรอง (Development Phase: D1) จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ HPV Self Sampling ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการตรวจคัดกรอง การสาธิตวิธีใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling การติดตามกระตุ้น และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะเป็นการดำเนินงานเชิงรุกในระดับชุมชน โดยเน้นการลดอุปสรรคของการตรวจคัดกรองแบบเดิม เช่น ความอาย ความกลัว และความไม่สะดวกในการเดินทาง รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจในการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง ในเชิงทฤษฎี รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งระบุว่า การเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงของโรค การเสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรม และการลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการป้องกันโรค เมื่อสตรีได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เห็นการสาธิต และได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครในชุมชน จึงเกิดความมั่นใจและพร้อมตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลีรัตน์ สารรัตน์ และศรีธัญญา เทียนประเสริฐ (2567) และพรชกาล โลสันเทียะ (2568) ที่พบว่า การให้ความรู้และการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองโดยใช้ HPV Self Sampling ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยเพิ่มความรู้ การยอมรับ และการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองได้

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (Research Phase: R2) ภายหลังจากการนำรูปแบบไปใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกมากขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในระดับมากที่สุด และสตรีส่วนใหญ่สามารถเก็บตัวอย่างด้วยวิธี HPV Self Sampling ได้สำเร็จ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้งในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการยอมรับนวัตกรรมการตรวจคัดกรองในระดับชุมชน ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งระบุว่าแรงสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผ่านการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และการปฏิบัติ เมื่อสตรีได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดในชุมชน จึงเกิดความไว้วางใจและความมั่นใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชกาล โลสันเทียะ (2568) และวิจิตร ใจดี (2566) ที่พบว่า การใช้รูปแบบส่งเสริมพฤติกรรมร่วมกับการติดตามและกระบวนการภาคีเครือข่าย สามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับโรคและส่งเสริมให้สตรีเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน และช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจของสตรีในการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ HPV Self Sampling ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มสตรีที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองในช่วง 3-5 ปีที่ผ่านมา โดยควรดำเนินการเชิงรุกผ่านการจัดทำแผนประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนด้านจิตใจ และระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาว ทั้งนี้ หากผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ควรมีการขยายผลไปสู่ระดับตำบล อำเภอ หรือจังหวัด รวมถึงบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองในกลุ่มประชากรที่มีบริบทใกล้เคียงกันอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น การกลับมาตรวจซ้ำ ความต่อเนื่องของการรับบริการ และการเปลี่ยนแปลงของความครอบคลุมการตรวจคัดกรองในระดับชุมชน เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ
2. ควรศึกษาการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่หรือบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการขยายผลในวงกว้าง
3. ควรออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบ และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2566, 31 สิงหาคม). มะเร็งปากมดลูก ภัยร้ายใกล้ตัวหญิง: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก. <https://www.dmsc.moph.go.th/th/detailALL/2564/nw/25>
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2567, 22 เมษายน). แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test. <https://www.dmsc.moph.go.th/th/detailALL/236/nw/25>
- กุลกานต์ พิศอ่อน. (2567). การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเก็บสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA ระหว่างเจ้าหน้าที่และเก็บด้วยตนเองในจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 8(1), e268431.
- กุลภากร ปัญสวัสดิ์, ออรอนันท์ ไสแสง, และวาสนา แก่นกุล. (2563). การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในเขตคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 7(2), 40-48.
- ชูลีรัตน์ สารรัตน์, บุญมา ทิพย์เกษร, และนฤมล นามวงษ์. (2566). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้และความพึงพอใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในตำบลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(1), 113-124.
- ชลัยธร นันทสุภา และ จตุพล ศรีสมบุญ. (2564). *การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีไทย (Cervical cancer screening for Thais)*. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สืบค้น 28 สิงหาคม 2569, จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/cervical-cancer-screening-for-thais/>
- พรหมกาล โลสันเทียะ. (2568). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารการศึกษาศาสตร์สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม*, 10(4), 206–217.
- พิทยรัตน์ จิกยง, นภชา สิงห์วีระธรรม, และสินีนาง ขาวตระกูล. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30–60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 17(2), 67–77.
- ภูรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนันทน้อย, และชาลินี มานะยิ่ง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 36(1), 37–47.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัวท้าย. (2568). รายงานผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบ [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์].
- วิจิตร ใจดี. (2566). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 352–361.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งในโรงพยาบาล ปี 2564*. สืบค้น 1 มิถุนายน 2566, จาก https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2567). รายงานผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์].
- อัสหะ กือนิ, อัสมะ แยนนา, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่, สมเกียรติยศ วรเดช, และบุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(3), 27–39.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153–176). Guilford Press.
- World Health Organization. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7575



การพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU Hospital)
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช
Development of Rational Laboratory Use Guidelines (RLU Hospital) For
Diabetic Patients in the Health Service Network of Phipun District
Nakhon Si Thammarat Province.

ปัตติมา ยับ^{1*} และวิสารีย์ พรหมณัฐ²

Puttima Yub^{1*} and Visaree Pramchu²

¹กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพิปูน

²กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิปูน

¹Medical Technology Department, Phipun Hospital

²Nursing Department, Phipun Hospital

*Corresponding author, e-mail: pattimathanomusukMT@gmail.com

Received: March 30, 2026; Revised: May 15, 2026; Accepted: June 18, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า (1) มีการนำแนวทาง RLU Hospital มาประยุกต์ใช้กับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศแจ้งเตือน (IT Pop-up) 3 ขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test พบว่าการส่งตรวจเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.29 ภายหลังใช้แนวทางในปี 2568 ด้าน Overutilization พบผู้ป่วยได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละ 86.00 โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และหลังพัฒนาในวงรอบที่ 2 ไม่พบการเพิ่มขึ้นของการตรวจซ้ำ ส่วนด้าน Underutilization พบผู้ป่วยได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 2.00 แสดงแนวโน้มการเข้าถึงบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ดีขึ้น (2) แม้ค่าใช้จ่ายรวมในการตรวจ HbA1c เพิ่มขึ้นจากการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายต่อครั้งลดลง โดยมีอัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 21.59 สะท้อนประสิทธิภาพด้านการใช้ทรัพยากรทางห้องปฏิบัติการ (Cost-Efficiency) นอกจากนี้ ทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูนมีความพึงพอใจต่อแนวทาง RLU Hospital ในระดับสูง ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัย เหมาะสม คำนึงถึงและสอดคล้องกับศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลชุมชนระดับเดียวกันและสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขได้

คำสำคัญ : การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล, เทคนิคการแพทย์ชุมชน, โรงพยาบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช

Abstract

This Action Research is aimed to develop the diabetes patient healthcare quality of the Healthcare Service Network of Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province in accordance with the Guidelines for Rational Laboratory Use (RLU Hospital) of the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. According to the research result, it was found that (1) Under the Guidelines for Rational Laboratory Use (RLU Hospital) of diabetes patient groups, it was being piloted in the retrospective blood glucose level checklist (HbA1C) by using the information technology in the alert system (IT Pop Up) in 3 steps and paired t-test statistical analysis, it was found that the number of orders for testing has increased by 14.29%, and after using the Guidelines for the Year 2025 on Overutilization, the percentage of diabetes patients who have undergone the repeated test of HbA1C within 90 days was equal to 86.00% without significant statistical difference ($p>0.05$) resulting from the alert system; however, after the second circle of development, there was no increase in repeated test. Regarding the underutilization, the percentage of diabetes patients who have undergone the repeated test of HbA1C at least once a year was equal to 2.00%, showing the positive trends of laboratory healthcare covering local people; (2) Despite an increase in the overall expenses of HbA1C test resulting from the increasing number of diabetes patient groups' access to HbA1C test service, these guidelines caused a decrease in the expense per case, and the percentage change rate was equal to 21.59%, reflecting the cost-efficiency. In addition, it was found that the Multidisciplinary Team of Healthcare Service Network of Phipun District was highly satisfied with the Guidelines for Rational Laboratory Use (RLU Hospital) of diabetes patient groups; as a result, the hand-over of the diabetes patient healthcare quality of local people was safe, proper, worthy and at the full potentials of community hospitals of Nakhon Si Thammarat Province, and it might be used as a model for RLU operation for community hospitals at the same level. In addition, it would be effective in achieving the goals of the Ministry of Public Health.

Keywords : Rational Laboratory use, Community Medical Technologist, Nakhon Si Thammarat hospital

บทนำ

ในปัจจุบัน การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์นับว่ามีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นการดำเนินการโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เพื่อการวินิจฉัยโรค การติดตามการรักษา การพยากรณ์โรคและการป้องกันโรค หรือเพื่อการประเมินภาวะสุขภาพต่าง ๆ ทั้งนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มากเกินไปอาจนำไปสู่การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ในขณะที่การตรวจที่น้อยเกินไปอาจนำไปสู่การวินิจฉัยที่ผิดพลาดหรือเกิดผลเสียต่อการรักษาผู้ป่วย การศึกษาของต่างประเทศพบว่า มีการสั่งตรวจที่น้อยเกินไป (Underutilization) ประมาณ 45% และมีการสั่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization) ประมาณ 20% (Plebani, M., 2009) การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ในต่างประเทศ มีการใช้เป็นแนวทางปฏิบัติอย่างกว้างขวาง และมีการพัฒนาในส่วนของการควบคุมและเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อองค์กรเป็นอย่างมาก ในส่วนของประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีค่าใช้จ่ายเฉพาะทางด้านห้องปฏิบัติการปีละประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น หากนำเอา RLU มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศ อาจทำให้ลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลงไม่น้อยกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากข้อมูลดังกล่าว สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ขึ้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ จากคู่มือแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ประกอบด้วยโรคนำร่อง 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต การตรวจสุขภาพ (Checkup) โรคติดเชื้อ (Pneumonia, Diarrhea, TB, Dengue, Sepsis and CNS Infection) และโรคความดันโลหิตสูง โดยระบุรายการทดสอบที่ควรสั่งตรวจและไม่ควรสั่งตรวจ (Do & Don't) ในแต่ละกลุ่มโรค โดยให้โรงพยาบาลทุกระดับนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละแห่งและผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลจึงมีความสำคัญในระบบสาธารณสุขเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ

ในส่วน of โรงพยาบาลพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับ F2 ซึ่งมีจำนวนประชากรในพื้นที่ทั้งสิ้น จำนวน 29,954 คน (3 มิถุนายน 2568) พบว่า มีค่าใช้จ่ายด้านการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2560 มีค่าใช้จ่ายในด้านนี้ จำนวน 2,752,218 บาท และในปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 3,323,438 บาท ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2567 งานที่มีค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงสุดคือ งานเคมีคลินิก มีค่าใช้จ่าย 2,212,625 บาท โดยรายการที่มีการส่งตรวจมูลค่าสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ HbA1c, LDL, Electrolyte, HDL และ Creatinine ตามลำดับ นอกจากนี้ รายการที่มีการส่งตรวจปริมาณมากที่สุด ได้แก่ Creatinine, BUN, Glucose, Lipid profile, Electrolyte และ HbA1c ตามลำดับ (โรงพยาบาลพิปูน, 2567) เมื่อพิจารณารายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นปัญหาแล้ว พบว่า มี 2 รายการตรวจที่เป็นปัญหาทั้งด้านค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงและปริมาณการส่งตรวจที่มากตรงกัน คือ HbA1c และ Creatinine ประกอบกับในปีงบประมาณ 2568 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญระดับกระทรวงของงานทางด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เป็น

ครั้งแรก ซึ่งอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการสาธารณสุข ปี 2560–2579 ซึ่งอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 10 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ข้อที่ 29 คือ ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) โดยใช้ตัวชี้วัดย่อย 3 ข้อ คือ ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c เข้าภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10 ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70 และตัวชี้วัดที่ 3 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ตามที่กำหนด (บันได 4 ขั้น)

บริบทการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ โรงพยาบาลพิปูนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายอำเภอพิปูน จำนวน 7 แห่ง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีปริมาณมากประมาณ 1,475 ราย และโรงพยาบาลมีนโยบายเดิมให้สามารถตรวจระดับน้ำตาลย้อนหลัง (HbA1c) ได้เฉพาะผู้ที่เข้าคลินิกโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้เข้าคลินิกที่มาพบแพทย์เองจะไม่ได้ได้รับการตรวจ และเป็นการตรวจเพียงปีละ 1 ครั้ง ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการเจาะเลือดบ่อยโดยไม่จำเป็น เนื่องจากขาดการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสายงาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง อีกทั้งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรภายในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ที่มีเพียง 3 คน ซึ่งมีบุคลากรทางห้องปฏิบัติการน้อยที่สุดในจังหวัดนครศรีธรรมราช ฉะนั้น หากได้มีการพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช จะสามารถให้บริการทางห้องปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอพิปูนของสหวิชาชีพเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีแนวทางต้นแบบในการปฏิบัติ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมรายการตรวจที่จำเป็นและควรได้รับการตรวจและผู้ป่วยปลอดภัยสามารถลดค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น รวมถึงช่วยลดภาระงานของบุคลากร อีกทั้งยังตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินการ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงานกลับ (Reflection) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้รูปแบบการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน (pre-post intervention design)

ช่วงเวลาการศึกษา

1. ข้อมูลก่อนการพัฒนา (pre-intervention) คือ ปีงบประมาณ 2567
2. ข้อมูลหลังการพัฒนา (post-intervention) คือ ปีงบประมาณ 2568

หน่วยวิเคราะห์ของการศึกษานี้ ประกอบด้วย

1. จำนวนครั้งการสังเกต HbA1c
2. ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

(1) คณะกรรมการการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Phipun Hospital) ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 10 คน

(2) บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูนทุกแห่ง จำนวน 7 คน

ซึ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ 1) ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ RLU 2) เป็นผู้รับผิดชอบงานหลักการสังเกตทางห้องปฏิบัติการ ทั้งการให้ข้อมูลผู้ป่วยและการถอดบทเรียนกิจกรรม 3) ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(1) แบบบันทึกการสัมภาษณ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การวิเคราะห์ความสมเหตุผล กรณีศึกษาผู้ป่วย แนวทางการพัฒนาที่จะปรับเปลี่ยนในครั้งต่อไป และข้อเสนอแนะ ความเห็นเพิ่มเติมของคณะกรรมการ RLU

(2) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวทางจากบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) ด้านเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญการบริการโรคเรื้อรัง 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย โดยมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์หลักของเนื้อหา (Item-Objective Congruence: IOC) เฉลี่ยที่ 0.90-0.95 ทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) หลังจากผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยให้กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยได้แล้ว

(2) เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงได้ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินการ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงานกลับ (Reflection)

(3) เก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายการตรวจ HbA1c

(4) เก็บรวบรวมความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ 2 กลุ่ม คือ คณะกรรมการการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายอำเภอพิปูน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวนและร้อยละ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากกระบวนการกลุ่มเพื่อนำมาสู่การออกแบบแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่

(1) การเปรียบเทียบจำนวนการส่งตรวจ HbA1c ก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยใช้สถิติ paired t-test

(2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วน โดยใช้สถิติ chi-square test

- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c เข้าภายใน 90 วัน
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(3) ค่าเฉลี่ย Cost/Test และอัตราการเปลี่ยนแปลง Percentage Change

วิธีการวิจัย

ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กระบวนการวิจัย ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988).

1. การวางแผน (Planning)

1.1 การศึกษาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) กลุ่มโรคเบาหวาน ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Version 29 พฤศจิกายน 2566) มีดังนี้

1.1.1 การตรวจเพื่อการคัดกรอง

1.1.2 การตรวจเพื่อการวินิจฉัย

1.1.3 การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาล

1.1.4 การตรวจเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ค้นหาโรคแทรกซ้อนเรื้อรังระยะเริ่มแรกและติดตามผลการรักษา

ซึ่งจากแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขนี้ จะเห็นได้ว่า มีการตรวจเพื่อวัตถุประสงค์ 4 อย่าง ที่ควรจะมีรายการตรวจต่าง ๆ แต่ยังไม่เห็นแนวทางให้ว่าโรงพยาบาลแต่ละโรงจะมีแนวทางการดำเนินงาน การบริหารจัดการ อย่างไรก็ตามจะทำให้บรรลุตัวชี้วัดระดับกระทรวงทั้ง 3 ข้อได้ และต้องให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในแต่ละขนาด แต่ละพื้นที่ด้วย

1.2 การศึกษาบริบทและแผนการดำเนินงานคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

1.2.1 ระบบการนัดผู้ป่วย คือ มีการนัดผู้ป่วยโดยแบ่งกลุ่มตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยสังกัดอยู่ ผู้ป่วยที่อยู่บ้านใกล้กันสามารถมาพร้อมกันได้ ทำให้ผู้ป่วยเดินทางสะดวกและการดูแลของญาติ

1.2.2 จำนวนประชากรกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับเครือข่ายสุขภาพอำเภอพิปูนพบว่า มีทั้งหมด 1,475 ราย แต่ในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) มีจำนวน 1,725 ราย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่แตกต่างกันประมาณ 250 รายนี้ เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานที่เสียชีวิตไปแล้ว และเป็นผู้ป่วยที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้อาศัยอยู่จริง เนื่องจากไปเรียนและประกอบอาชีพที่อื่นและไม่สามารถกลับมาใช้บริการที่เครือข่ายอำเภอพิปูนได้ จำนวนประชากรกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาท้าทายสำหรับการดำเนินงาน

1.2.3 จำนวนบุคลากรหลักให้บริการกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูนจำนวน 11 ราย ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิก จำนวน 1 ราย นักเทคนิคการแพทย์ประจำคลินิก จำนวน 1 ราย พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิก จำนวน 2 ราย และบุคลากรทางการแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 1 ราย จำนวน 7 ราย

1.2.4 ระบบการติดตามผลตามตัวชี้วัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2567 กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพิปูน ยังไม่เคยได้มีการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานด้วยตัวชี้วัดระดับต่าง ๆ

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นปัญหาในการส่งตรวจกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งด้านการส่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization) และการส่งตรวจที่น้อยเกินไป (Underutilization) โดยคำนึงถึงผลกระทบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

1.3.1 ด้านโรงพยาบาล กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลพิปูน เปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการใน 6 สาขาหลัก ได้แก่ งานเคมีคลินิก งานโลหิตวิทยาคลินิก งานภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก งานจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก งานจุลชีววิทยาคลินิก และงานธนาคารเลือด โดยมีปริมาณการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี จึงส่งผลกระทบต่อมูลค่าการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ให้บริการทั้งของโรงพยาบาลพิปูนเองและการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายทั้ง 7 แห่ง โดยพบว่า มีค่าใช้จ่ายด้านการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้นในทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2560 มีค่าใช้จ่ายในด้านนี้ จำนวน 2,752,218 บาท และในปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 3,323,438 บาท ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2567 งานที่มีค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงสุดคือ งานเคมีคลินิก มีค่าใช้จ่าย 2,212,625 บาท

เมื่อพิจารณาด้านรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีปริมาณการส่งตรวจมากที่สุด (Lab High Volume) 5 อันดับแรก ได้แก่ Creatinine, BUN, Glucose, Lipid profile, Electrolyte และ HbA1c ตามลำดับ และรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีมูลค่าสูงที่สุด (Lab High Cost) 5 อันดับแรก ได้แก่ HbA1c, LDL, Electrolyte, HDL และ Creatinine ตามลำดับ พบว่า มีรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นปัญหาตรงกัน คือ HbA1c และ Creatinine ประกอบกับในปีงบประมาณ 2568 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญระดับกระทรวงของงานทางด้านห้องปฏิบัติการเป็นครั้งแรก ซึ่งอยู่ในหมวด Governance Excellence ด้านแผนงานพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ข้อที่ 29 เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ในรายการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง (HbA1c)

เมื่อพิจารณาด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า ก่อนการพัฒนาตามแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังไม่มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการแจ้งเตือน (IT Support Pop-up) ต่าง ๆ ทำให้เมื่อมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทาง RLU Guideline ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบทั้งด้านการส่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization) เกิดจากการส่งตรวจซ้ำก่อนระยะเวลาที่เหมาะสมและโดยที่ไม่จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลกระทบด้านการส่งตรวจที่น้อยเกินไป (Underutilization) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานไม่ได้รับการดูแลสุขภาพครบถ้วนตามเกณฑ์ที่จำเป็น

1.3.2 ด้านผู้ป่วย พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูนมีกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาต่อเนื่องจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวน 1,725 ราย ซึ่งมีปริมาณมากเป็นอันดับ 2 รองจากกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่การดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี จะมีการส่งตรวจหลายรายการมากกว่า ได้แก่ Glucose, Creatinine, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, HbA1c และ Urine protein เป็นต้น เพราะฉะนั้น รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จะคัดเลือกจึงต้องเป็นรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่หากมีการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางที่อาจจะต้องมีการเพิ่มหรือลดปริมาณการตรวจ ความถี่ในการตรวจ และผลการตรวจนั้นจะไม่มีผลต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและข้อที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วยต้องมีความปลอดภัย

1.3.3 ด้านผู้ปฏิบัติงาน พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูนมีบุคลากรหลักให้บริการกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จำนวน 11 ราย และโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่มีเพียง 3 ราย รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จะคัดเลือกมาจึงต้องสามารถกำหนดช่วงระยะเวลาการส่งตรวจได้

สามารถกำหนดความถี่ในการตรวจได้แน่นอน และสามารถวางแผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้โดยไม่กระทบภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน

2. การปฏิบัติตามแผน (Action)

จากการศึกษาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) กลุ่มโรคเบาหวาน ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข บริบทและแผนการดำเนินงานคลินิกเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช และการวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นปัญหาในการส่งตรวจกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งด้านการส่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization) และการส่งตรวจที่น้อยเกินไป (Underutilization) โดยคำนึงถึงผลกระทบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ โรงพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงาน โดยให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพิปูน ผู้วิจัยจึงมีกระบวนการพัฒนาตามแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามกิจกรรมบันได 4 ขั้น ดังนี้

2.1 บันไดขั้นที่ 1 คณะกรรมการ RLU

2.1.1 การแต่งตั้งคณะกรรมการการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) กลุ่มโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งประกอบไปด้วยสาขาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 10 คน ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิปูน ทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะ สนับสนุน ปรับปรุงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล ซึ่งมีคณะกรรมการที่ปรึกษาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิปูน ทำหน้าที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้ข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการเพื่อให้การปฏิบัติงานสัมฤทธิ์ผลสูงสุดและบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ นอกจากนี้ ยังมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ RLU ระดับจังหวัดนครศรีธรรมราชที่ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชด้วย

2.1.2 การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักและผู้ประสานงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิปูน โดยมีการประสานงานของผู้รับผิดชอบหลักกับหน่วยงานต่าง ๆ ทางคลินิก ได้แก่ องค์กรแพทย์ ทีมดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) คลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic) รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน ทั้ง 7 แห่ง ในเรื่องการดำเนินงานด้าน RLU กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกัน มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักและได้รับการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็น RLU Surveyor แล้ว เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2567 โดยจะถูกขึ้นทะเบียนเป็นเวลา 3 ปี และต้องมีการอบรมฟื้นฟู RLU Surveyor ปีละ 1 ครั้ง

2.1.3 การประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU โรงพยาบาลพิปูน ลงนามโดยผู้อำนวยการ มีการประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU Phipun Hospital ในหลากหลายช่องทาง ได้แก่ การประกาศในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลพิปูน กลุ่ม LINE งาน NCD เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน และการประชุมประจำเดือนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพิปูน เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2568 ทำให้บุคลากรทุกระดับได้รับทราบนโยบาย โดยที่ RLU Phipun Hospital ให้ถือเป็น

หน้าที่และความร่วมมือของบุคลากรทุกคนที่จะต้องยึดถือปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังมีการประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU จังหวัดนครศรีธรรมราชที่ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชด้วย โดยมีความมุ่งมั่นใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use) ไม่สั่งตรวจมากเกินไป (Overutilization) ไม่สั่งตรวจน้อยเกินไป (Underutilization) มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยมีแนวทางปฏิบัติสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยต้องได้รับการบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ถูกต้องตามหลักวิชาการ การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค มีความเหมาะสมในช่วงระยะเวลาที่สะท้อนการพยากรณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่เหมาะสม และได้รับการใช้ประโยชน์ทุกการสั่งตรวจ ทั้งนี้ การดำเนินงานจะต้องไม่ทำให้ประสิทธิภาพการให้บริการลดลง อีกทั้งให้ถือเป็นหน้าที่และความร่วมมือของบุคลากรทุกคนที่จะต้องยึดถือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว

2.2 บัณฑิตขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล

จากวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล คือ เราจะเป็นโรงพยาบาลชุมชนในระดับแนวหน้าของจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในปี 2570 ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม (ความปลอดภัยและคุณภาพ) และผลกระทบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโรงพยาบาล ด้านผู้ป่วย และด้านผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกันในกลุ่มผู้ป่วย

2.3 บัณฑิตขั้นที่ 3 การกำหนดมาตรการเพื่อลด Overutilization และ/หรือ Underutilization

2.3.1 การกำหนดแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลพิปูน คือ เราจะเป็นโรงพยาบาลชุมชนในระดับแนวหน้าของจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในปี 2570 (“แนวหน้า” คือ แนวหน้าในระดับโรงพยาบาล 30 แห่ง ทั้งหมด 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชนอม โรงพยาบาลพรหมคีรี โรงพยาบาลลานสกา โรงพยาบาลนาบอน โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ โรงพยาบาลบางขัน และโรงพยาบาลหัวไทร) ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม (ความปลอดภัยและคุณภาพ) โดยมีแนวทาง ดังนี้

2.3.1.1 แนวทางสอดคล้องตาม RLU Guideline ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คือ การตรวจเพื่อการคัดกรอง การตรวจเพื่อการวินิจฉัย การตรวจเพื่อติดตามผลการรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาล และการตรวจเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ค้นหาโรคแทรกซ้อนเรื้อรังระยะเริ่มแรกและติดตามผลการรักษา โดยแนวทางที่ได้มีความชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติได้ตรงกัน ทั้งเครือข่ายตลอดปีงบประมาณ

2.3.1.2 การบูรณาการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology: IT) มาช่วยในการดำเนินงาน RLU ทั้งในด้านการสื่อสารนโยบาย การแจ้งเตือน การติดตามและประเมินผลตัวชี้วัด ดังนี้

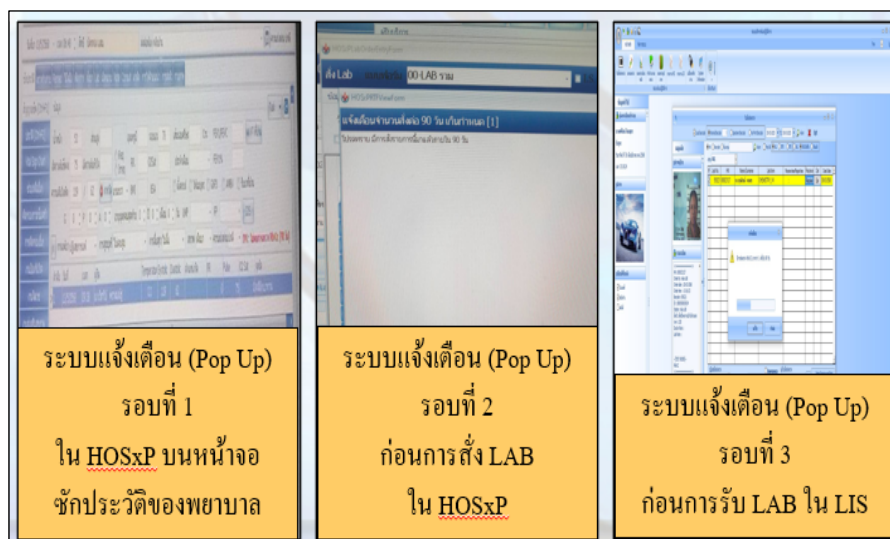
(1) การประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU มีการประกาศเจตนารมณ์ทั้งจากระดับจังหวัดและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูนในหลากหลายช่องทาง ได้แก่ ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลพิปูน กลุ่ม LINE องค์กรแพทย์ กลุ่ม LINE งาน NCD ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน และการประชุมประจำเดือนของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

(2) การจัดทำระบบการแจ้งเตือน (IT Support Pop-up) ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล 3 ขั้นตอน ได้แก่

รอบที่ 1 ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HOSxP) Version 4 บนหน้าจอของพยาบาล ตอนซักประวัติกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะตั้งค่าให้แสดงข้อความ “DM: ไม่พบการตรวจ HbA1c (90 วัน)” เพื่อป้องกันการสั่งตรวจที่น้อยเกินไป (Underutilization) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง (HbA1c) ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน

รอบที่ 2 ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HOSxP) Version 4 บนหน้าจอของพยาบาล ตอนหน้าสั่งรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งถ้าหากมีการสั่งตรวจรายการ HbA1c จะแสดงข้อความ “โปรดทราบ มีการสั่งตรวจรายการนี้มาแล้วภายใน 90 วัน” เพื่อป้องกันการสั่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization) เนื่องจากรายการนี้ ผลระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง (HbA1c) จะไม่เปลี่ยนแปลงภายใน 90 วัน ตามอายุขัยของเม็ดเลือดแดง ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ต้องเจาะเลือดซ้ำ ผู้ป่วยปลอดภัยและลดค่าใช้จ่ายได้อีกทางด้วย

รอบที่ 3 ในระบบสารสนเทศของห้องปฏิบัติการ (Laboratory Information System: LIS) ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ซึ่งถ้าหากมีการสั่งตรวจรายการ HbA1c จากแพทย์หรือพยาบาลมาแล้ว จะแสดงข้อความ “มีการสั่งตรวจ HbA1c มากกว่า 1 ครั้ง ใน 90 วัน” เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะได้สอบถามยืนยันกับแพทย์ผู้ส่งตรวจอีกครั้ง เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการแจ้งเตือน (IT Support Pop Up) ใน 3 ขั้นตอน

2.4 ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนาตามแนวทางและการประเมินผลตามตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทุก 3 เดือน

3. การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation)

3.1 การติดตามการดำเนินงานตามแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่กำหนดขึ้น โดยใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์และการสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น

3.2 การประชุมคณะกรรมการ RLU มีการวิเคราะห์ข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางอย่างสม่ำเสมอ ทุก 3 เดือนต่อครั้ง และมีการประสานงานของผู้รับผิดชอบหลักกับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

3.3 การประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทาง RLU ที่กำหนดขึ้น ค้นหาอุปสรรค ปัจจัยที่ยังเป็นปัญหาสาเหตุที่ยังทำให้การดำเนินงานตามแนวทางยังมีข้อบกพร่อง การประเมินประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Support Pop-up)

3.4 การประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนาและการประเมินผลตามตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทุก 3 เดือน

3.4.1 ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c เข้าภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10

3.4.2 ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70

3.4.3 ตัวชี้วัดที่ 3 โรงพยาบาลพิปูนผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ตามที่กำหนด (บันได 4 ขั้น)

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

4.1 มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน ในเดือนสิงหาคมของทุกปีและตามวาระการประชุมของเครือข่ายในโอกาสต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4.2 การถอดบทเรียน ค้นหาจุดเด่นและจุดด้อยตามแนวทางที่กำหนดขึ้น

4.3 การวางแผนพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ในปีงบประมาณ 2569 ต่อไป

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างและได้กำหนดขั้นตอนในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

(1) บทความวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่เอกสารรับรอง 218/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 27 ธันวาคม 2567-26 ธันวาคม 2568 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เกี่ยวข้อง

(2) ข้อมูลที่ได้รับจากตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของตัวอย่าง

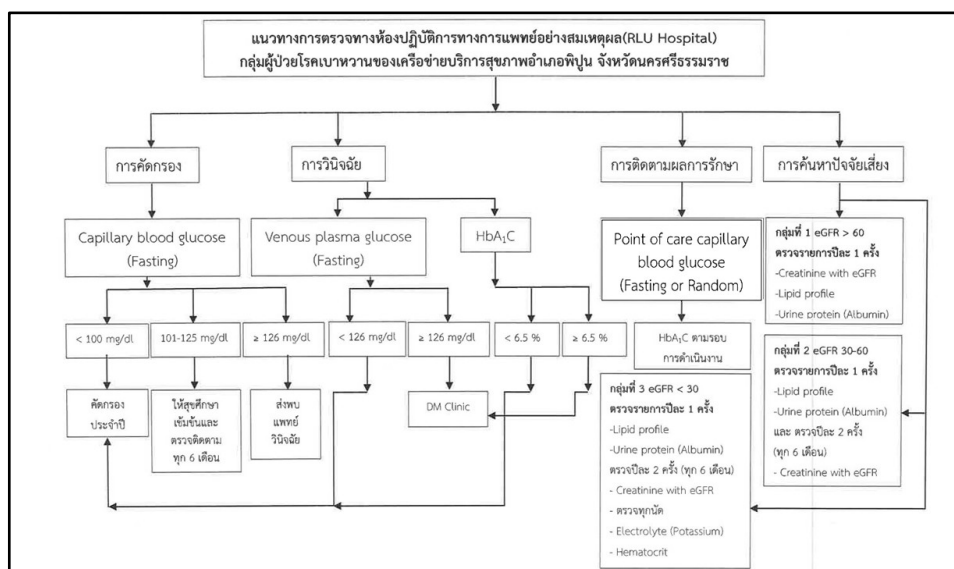
(3) ข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จะใช้ในการศึกษาเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายและเผยแพร่จะกระทำในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 1 ระบบงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามแนวทาง RLU โรงพยาบาลพิปูน

ลำดับ	รายการ	แนวทางเดิม	แนวทางของ RLU	รายการที่ควรพัฒนา
1	การคัดกรอง	Capillary Blood Glucose (Fasting)	Capillary and Venous Blood Glucose (Fasting หรือ Random)	คงเดิมไว้ เนื่องจากต้องให้ สวม. ช่วยคัดกรองในหมู่บ้าน
2	การวินิจฉัย	Venous Blood Glucose, OGTT (ANC)	Venous Plasma Glucose, OGTT, HbA _{1c}	HbA _{1c}
3	การติดตามผลการรักษา และการควบคุมระดับน้ำตาล	Point of Care, Venous Blood Glucose, HbA _{1c} , Urine	Point of Care, Venous Blood Glucose, HbA _{1c} , Urine	ตรงตามแนวทาง RLU
4	การค้นหาปัจจัยเสี่ยง ค้นหาโรคแทรกซ้อนเรื้อรังระยะเริ่มแรกและการติดตามผลการรักษา	Creatinine with eGFR, Lipid profile, Urine protein, Potassium, Hematocrit	Creatinine with eGFR, Lipid profile, Urine Analysis, Potassium, ALT, Hematocrit	คงเดิมไว้ เนื่องจากมีการดูแลผู้ป่วย DM ที่มีโรคไตแทรกซ้อนรวมอยู่ด้วย ช่วงการตรวจ

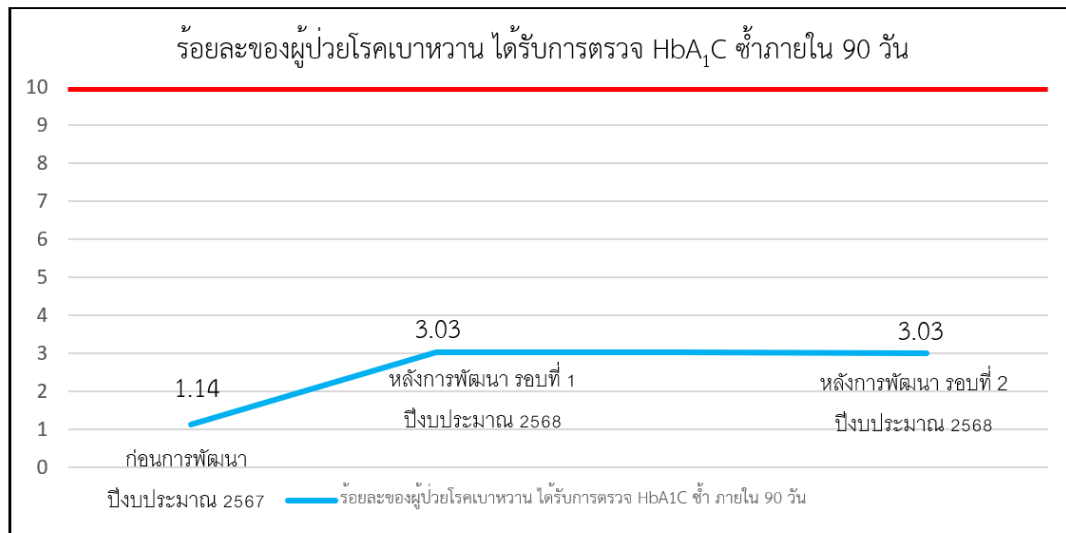


ภาพที่ 3 แนวทาง RLU กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับสหวิชาชีพนำไปใช้ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพิปูน

2. ตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประเมินผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ทุก 3 เดือน

ตัวชี้วัด ที่ 1 ด้านการสั่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization)

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10

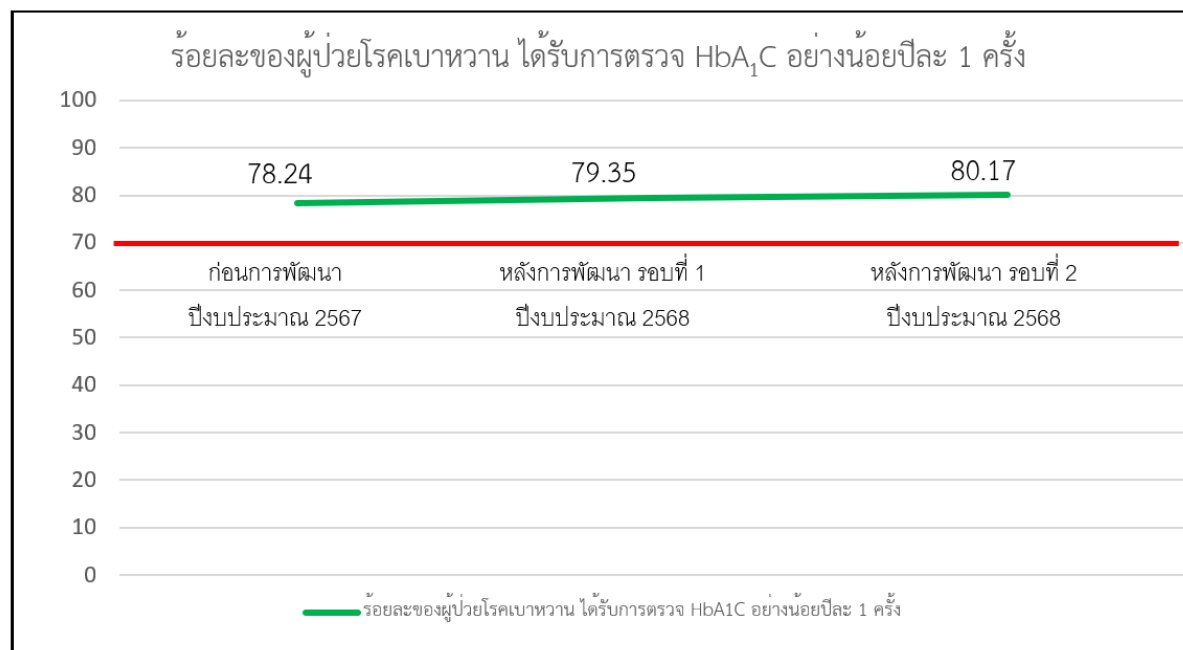


ภาพที่ 4 ตัวชี้วัด ที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำภายใน 90 วัน ไม่เกินร้อยละ 10

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน ก่อนและหลังการดำเนินงานตามแนวทาง เท่ากับร้อยละ 86.00 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เนื่องจากการพัฒนาแนวทางในวงรอบที่ 1 มีการจัดทำระบบการแจ้งเตือน (IT Pop-up) เพียง 2 ขั้นตอนแรก คือ การแจ้งเตือนในระบบ HOSxP บนหน้าจอชกประวัติของพยาบาลและตอนหน้าจอส่งรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการของพยาบาล แต่ปรากฏว่า ในผู้ป่วยบางรายระบบการแจ้งเตือนไม่ทำงาน ทำให้มีการสั่งตรวจรายการ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน เป็นร้อยละ 3.03 จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาระบบการแจ้งเตือนในวงรอบที่ 2 โดยเพิ่มการแจ้งเตือนในระบบ LIS ที่งานห้องปฏิบัติการก่อนการรับส่งตรวจผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการสามารถตรวจสอบการสั่งตรวจซ้ำได้อีกรอบ หลังจากการพัฒนาในวงรอบที่ 2 นี้ จึงสามารถตรวจจับความผิดพลาดในการสั่งตรวจได้ จึงไม่พบการสั่งตรวจซ้ำเพิ่มขึ้นอีกในปีงบประมาณ 2568

ตัวชี้วัดที่ 2 ด้านการสั่งตรวจที่น้อยเกินไป (Underutilization)

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70



ภาพที่ 5 ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA_{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
มากกว่าร้อยละ 70

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนการส่งตรวจ HbA_{1c} หลังการดำเนินงานตามแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลมีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับการส่งตรวจก่อนการใช้แนวทาง โดยมีการส่งตรวจเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.29 และร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA_{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ก่อนและหลังการดำเนินงานตามแนวทาง เท่ากับร้อยละ 2.00 มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงแนวโน้มที่ดีขึ้นต่อการให้การดูแลสุขภาพทางด้านห้องปฏิบัติการครอบคลุมประชาชนในพื้นที่

ตัวชี้วัดที่ 3 โรงพยาบาลพิปูนผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ตามที่กำหนด (บันได 4 ขั้น)

2. การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในรายการตรวจ HbA_{1c} ก่อนและหลังการพัฒนาตามแนวทาง RLU

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการตรวจ HbA_{1c} ก่อนและหลังการพัฒนา

รายการตรวจ	ก่อนการพัฒนา (ปีงบประมาณ 2567)			หลังการพัฒนา (ปีงบประมาณ 2568)			การเปลี่ยนแปลง
	จำนวนครั้ง	ค่าใช้จ่าย	ราคาต่อครั้ง	จำนวนครั้ง	ค่าใช้จ่าย	ราคาต่อครั้ง	ค่าใช้จ่ย ที่ลดลงต่อ การ ตรวจ 1 ครั้ง (บาท)
	(number of analysis)	(cost) (บาท)	(บาท)	(number of analysis)	(บาท)	(บาท)	
HbA _{1c}	1,896	324,864	171.34	3,325	446,688	134.34	37.00

ผลการวิจัยพบว่า แม้ว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ HbA1c รวมจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงบริการตรวจ HbA1c มากขึ้น แต่แนวทางทำให้ค่าใช้จ่ายต่อครั้งลดลง มีอัตราการเปลี่ยนแปลง (Percentage Change) เท่ากับร้อยละ 21.59 ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรทางห้องปฏิบัติการ (Cost-Efficiency)

นอกจากนี้ ยังพบว่า ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการนำแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมาใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูล สอดคล้องกับงานวิจัยของกุศลาลัย สุราอามาตย์ (กุศลาลัย, 2567) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจในระดับสูงต่อระบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล 75% และสอดคล้องกับงานวิจัยของจินณพัทธ์ ทองศิลป์ (จินณพัทธ์, 2568) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุน มีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการนำรูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลมาประยุกต์ใช้ที่โรงพยาบาลเสนา

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช แสดงแนวโน้มที่ดีขึ้นเนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology: IT) ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนายังไม่มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินงานทางด้านห้องปฏิบัติการเลย ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร แต่เมื่อมีการนำระบบเทคโนโลยีมาช่วยในการดำเนินงาน RLU ทั้งในด้านการสื่อสารนโยบาย ระบบการแจ้งเตือน (IT Support Pop-up) การติดตามและประเมินผลตัวชี้วัด ทำให้ผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น มีระบบการป้องกันการตรวจซ้ำที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และงบประมาณของโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ส่งตรวจทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเบาหวานได้รับข้อมูลย้อนหลังทันที หากมีการส่งตรวจรายการ HbA1c ซ้ำก่อน 90 วัน การลดลงของการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน อาจสัมพันธ์กับการเพิ่มระบบแจ้งเตือนในระดับ LIS ก่อนการรับส่งตรวจ สอดคล้องกับการศึกษาของกุศลาลัย สุราอามาตย์ (2567) ที่พบว่า ระบบ IT ช่วยในการสนับสนุนงาน ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบ (IT Support Pop-up) เพิ่มขึ้น

แนวทางปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการสอดคล้องกับแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับแนวคิด Laboratory Stewardship ที่เป็นแนวทางการบริหารจัดการการใช้บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Lab) อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่ “ถูกต้อง” กับ “ผู้ป่วยที่ถูกต้อง” ใน “เวลาที่ถูกต้อง” (Right test, Right patient, Right time) โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย เพิ่มความปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นทั้งต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของจินณพัทธ์ ทองศิลป์ (2568) ที่พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจในระดับสูงต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งมอบการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้มีความปลอดภัยเป็นสำคัญ

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดของการศึกษา เช่น เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในพื้นที่เดียว คือ เฉพาะในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน และยังไม่มีกลุ่มตัวอย่างควบคุม และเป็นการศึกษาครั้งแรกทางด้านห้องปฏิบัติการในพื้นที่อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานตามแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชน นับได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งแรกและสำคัญยิ่งทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากยังไม่เคยมีแนวทางการดำเนินงาน ไม่มีการควบคุมการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงยังไม่มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการแจ้งเตือนก่อนการยืนยันการส่งตรวจ ความสำเร็จของการดำเนินงาน RLU Phipun Hospital เกิดจากความร่วมมือกันทั้งจากผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล หน่วยงานต่าง ๆ ทางคลินิก รวมถึงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิปูน มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารระบบการแจ้งเตือน (IT Support Pop-up) การติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่องร่วมกันทั้งเครือข่าย แนวทางปฏิบัติมีความชัดเจน เป็นระบบ ทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถดำเนินงานตามแนวทางไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสมเหตุผล การส่งตรวจที่น้อยเกินไป (Underutilization) เพิ่มขึ้นและการส่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization) ลดลง สามารถประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายในแต่ละครั้งได้ ทำให้สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างปลอดภัย เหมาะสม คุ่มค่า และเต็มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครอบคลุมรายการตรวจเพิ่มเติม เช่น รายการตรวจ Creatinine และ LDL รวมถึงการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU)* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3).
- กนิษฐา นิลผาย. (2567). ผลการตรวจวัดไขมันชนิดของ LDL-cholesterol โดยวิธี Direct กับวิธีการใช้สูตรคำนวณ Friedewald ของผู้มารับบริการ ตามแนวทางการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(3), 403–414.
- กุลลาสัย สุราอามาตย์. (2567). การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาล จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(3), 302–313.
- จินณพัทธ์ ห่องศิลป์. (2568). การพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลที่โรงพยาบาล เสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 10(5), 20–32.

- ตุลาพร อินทนิเวศน์. (2567). การพัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลตามแนวทาง RLU ของโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์*, 66(3), 338–355.
- ภักขัญญา ทันชม. (2568). การพัฒนาและออกแบบการแจ้งเตือนในระบบ HIS เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก (CDSS) ตามแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล สำหรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 10(3), 721–728.
- โรงพยาบาลพิปูน. (2567). รายงานการจัดซื้อ-จัดจ้างวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- วัฒนา แก้วแย้ม. (2568). การพัฒนาแนวทางการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 4(1), 42–56.
- วีระยุทธ ชาศะกาญจน์. (2553). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วิชา วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 29(1), 1–7.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*.
- Kanwar, G., Rathore, S., Khandelwal, A., Khandelwal, D., Khandelwal, A., Meena, R., & Kumawat, M. L. (2022). A study of “rational use of investigations” in a tertiary hospital. *Asian Journal of Medical Sciences*, 13(10), 121–125. DOI: 10.3126/ajms.v13i10.45449
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Plebani, M. (2009). Exploring the iceberg of errors in laboratory medicine. *Clinica Chimica Acta*, 404(1), 16–23. DOI: 10.1016/j.cca.2009.03.022

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7669



ผลของตำรับยาสุขไสยาสน์ที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคนอนไม่หลับ: การศึกษาเชิงสังเกตแบบติดตามไปข้างหน้า
Prescribing Patterns and Quality of Life Outcomes of a Cannabis-Containing
Traditional Thai Medicine (Tamrap Ya Suk Saiyas) in Patients with Insomnia:
A Prospective Observational Study.

พิมพ์ลดา พงศ์ชัยชานนท์*, ปรีชา หนูทิม, ยุทธนา บุญกัน, ลักขณา รามวงศ์ และ จักรเวทย์ ต้นแทน
Pimlada Pongchaichanon*, Preecha Nootim, Yuttana Boonkan,
Lakkana Ramwong and Jagavet Tontan

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province

*Corresponding author, e-mail: rungtiwatk24@gmail.com

Received: March 31, 2026; Revised: May 27, 2026; Accepted: May 31, 2026

บทคัดย่อ

ตำรับยาสุขไสยาสน์เป็นตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม มีข้อบ่งใช้เพื่อช่วยให้นอนหลับและเจริญอาหาร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการสั่งจ่ายยาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับก่อนและหลังการใช้ยา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบติดตามไปข้างหน้าจากสถานการณ์การรักษาจริง ณ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งจ่ายตำรับยาสุขไสยาสน์ จำนวน 262 ราย ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงกันยายน พ.ศ. 2565 และติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 เดือน ประเมินคุณภาพชีวิตด้วย ESAS และ EQ-5D-5L วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.87) อายุเฉลี่ย 53.75 ± 16.66 ปี ข้อบ่งใช้หลักคืออาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 81.68) ขนาดยาที่สั่งใช้มากที่สุด คือ 0.5 กรัมต่อวัน วันละ 2 ครั้ง คะแนน ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในอาการส่วนใหญ่ ($p < 0.05$) ยกเว้นอาการง่วงซึมและเบื่ออาหาร ขณะที่คะแนน EQ-5D-5L และ VAS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 12.97 โดยส่วนใหญ่มีความรุนแรงน้อย เช่น อาการง่วงซึม/สับสน ง่วงซึม ตำรับยาสุขไสยาสน์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะเวลา 1 เดือน ในผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยออกแบบให้มีกลุ่มควบคุม และติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผล ตลอดจนประเมินผลข้างเคียงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ในระยะยาว

คำสำคัญ : ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม, ตำรับยาสุขไสยาสน์, คุณภาพชีวิต, โรคนอนไม่หลับ

Abstract

Tamrap Ya Suk Sai-Yad is a cannabis-containing traditional Thai medicinal formulation indicated for improving sleep and stimulating appetite. This study aimed to describe its prescribing patterns and compare the patient quality of life before and after treatment. This prospective observational study was conducted in a real-world clinical setting (Actual Use Research) at the Thai Traditional and Integrative Medicine Hospital, Bangkok. A total of 262 patients who were prescribed Tamrap Ya Suk Sai-Yad between October 2021 and September 2022 were enrolled and followed up for 1 month. Quality of life was assessed using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and EQ-5D-5L. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using the Wilcoxon signed-rank test.

Most participants were male (56.87%) with a mean age of 53.75 ± 16.66 years. The primary indication was insomnia (81.68%). The most commonly prescribed dosage was 0.5 g per day, administered twice daily. ESAS scores significantly improved in most symptom domains ($p < 0.05$), except for drowsiness and loss of appetite. EQ-5D-5L utility scores increased from 0.64 ± 0.47 to 0.72 ± 0.37 , and visual analog scale (VAS) scores increased from 68.80 ± 8.02 to 79.33 ± 7.68 ($p < 0.05$). Adverse events were reported in 12.97% of patients. The majority of adverse events were mild in severity, including drowsiness and somnolence. Tamrap Ya Suk Sai-Yad was associated with improved quality of life over a 1-month period, particularly among patients with insomnia. However, further studies incorporating control groups and long-term follow-up are needed to confirm the efficacy and to assess potential long-term side effects and adverse events associated with prolonged use.

Keywords : Cannabis-Containing Traditional Thai Medicine, Tamrap Ya Suk Sai-Yad, Quality of life, Insomnia

บทนำ

กัญชา (*Cannabis sativa* L.) เป็นพืชสมุนไพรในวงศ์ Cannabaceae ที่มีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ทั้งในระดับสากลและในประเทศไทยมาอย่างยาวนาน สารออกฤทธิ์สำคัญ ได้แก่ Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และ Cannabidiol (CBD) ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและลดความวิตกกังวล นอกจากนี้ ยังพบ Cannabinol (CBN) และ Cannabigerol (CBG) ที่มีศักยภาพในการรักษาโรคอีกด้วย (Duangdamrong et al., 2022) การแพทย์แผนตะวันตกมีหลักฐานทางคลินิกรองรับว่ากัญชาสามารถบรรเทาอาการปวดเรื้อรัง ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน บรรเทาความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับได้ (Ware et al., 2015; Whiting et al., 2015) อย่างไรก็ตาม การใช้กัญชาในรูปแบบสารสกัดเดี่ยวอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น อาการมึนงง ง่วงซึม และผลกระทบต่อการรับรู้ (Bhagavan et al., 2020; Ware et al., 2015; Whiting et al., 2015)

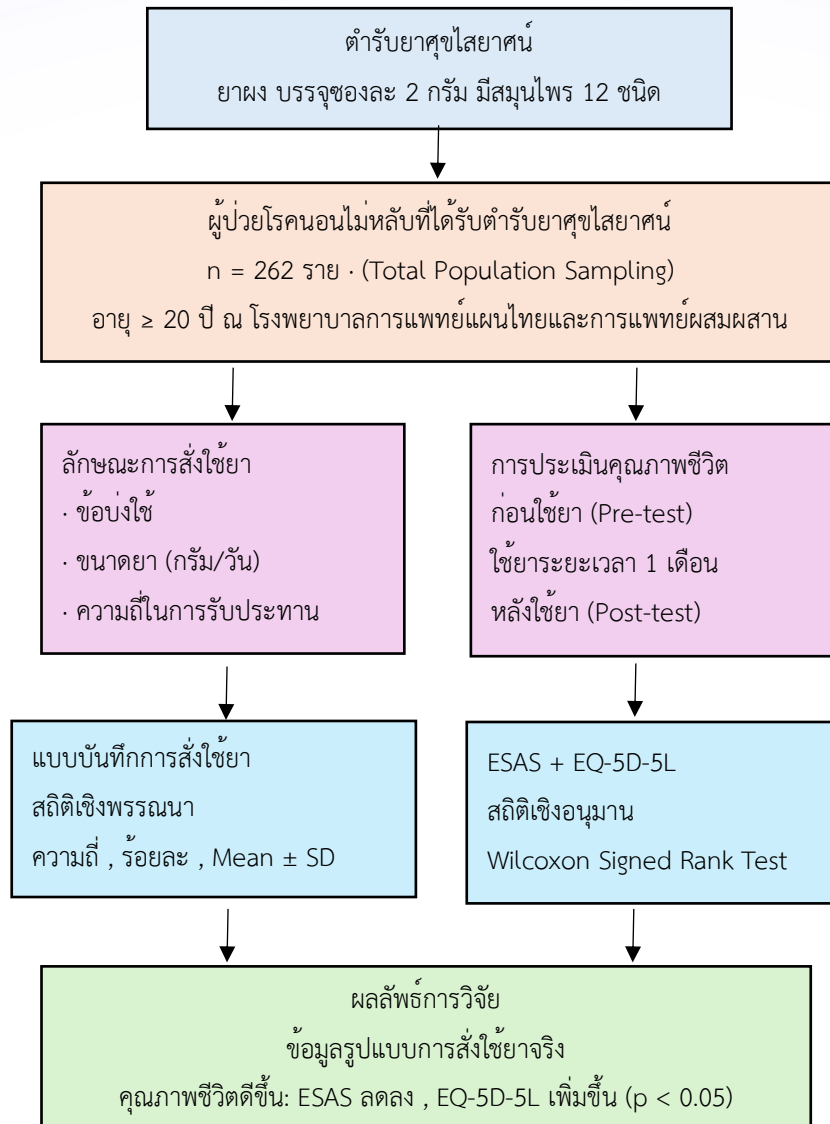
ในทางตรงกันข้าม การแพทย์แผนไทยไม่ได้ใช้กัญชาเป็นสมุนไพรเดี่ยว แต่จะนำไปปรุงร่วมกับสมุนไพรชนิดอื่นในลักษณะของ "ตำรับยา" เพื่อให้สมุนไพรชนิดอื่นทำหน้าที่เสริมฤทธิ์และคุมฤทธิ์ของกัญชา ซึ่งเชื่อว่าช่วยลดผลข้างเคียงและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา (Duangdamrong et al., 2022) มีหลักฐานบันทึกไว้ในคัมภีร์การแพทย์แผนไทยหลายเล่ม โดยพบกัญชาเป็นส่วนประกอบในตำรับยาแผนไทยมากกว่า 200 ตำรับ (Punpeng et al., 2022) ในประเทศไทย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ได้เปิดโอกาสให้นำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยได้อย่างถูกกฎหมาย (Food and Drug Administration, Ministry of Public Health, 2019; Narcotics Act No. 7, 2019; Zinboonyahgoon et al., 2021) หนึ่งในตำรับที่ได้รับการคัดเลือกคือ "ตำรับยาสุขไสยาศน์" ซึ่งบันทึกไว้ในคัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ประกอบด้วยสมุนไพร 12 ชนิด ในผงยา 78 ส่วน ได้แก่ การบูร 1 ส่วน ใบสะเดา 2 ส่วน สหสคุณเทศ 3 ส่วน สมุลแว้ง 4 ส่วน เทียนดำ 5 ส่วน โกฏกระดุก 6 ส่วน ลูกจันทน์ 7 ส่วน ดอกบุนนาค 8 ส่วน พริกไทย 9 ส่วน จิงแห้ง 10 ส่วน ดีปลี 11 ส่วน และใบกัญชา 12 ส่วน มีข้อบ่งใช้เพื่อช่วยให้นอนหลับและเจริญอาหาร รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ใช้น้ำผึ้งรวงหรือน้ำต้มสุกเป็นกระสายยา (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2019)

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับตำรับยาสุขไสยาศน์บางส่วน (อมรรัตน์ ราชเดิม และคณะ, 2568; อาภากร บุญธรรม และคณะ, 2565) แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงประจักษ์จากการใช้จริงในทางคลินิก ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการพัฒนามาตรฐานการสั่งจ่ายและการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของตำรับยาสุขไสยาศน์ที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับ รวมถึงศึกษาลักษณะการสั่งจ่ายในบริบทการรักษาจริง (Actual Use Research)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะการสั่งจ่ายตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม (ตำรับยาสุขไสยาศน์) ในด้านข้อบ่งใช้ ขนาดยา และความถี่ในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับที่ได้รับตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม (ตำรับยาสุขไสยาศน์) ก่อนและหลังการสั่งจ่าย

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยจากสถานการณ์ที่ใช้รักษาผู้ป่วยจริง (Actual Use Research) รูปแบบการศึกษาเชิงสังเกตแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective Observational Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการสั่งใช้ยาเริ่มต้น ได้แก่ ข้อบ่งใช้ ขนาดยา และความถี่ในการรับประทานยา รวมถึงเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับที่ได้รับตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม (ตำรับยาสุขไสยาสน์) ก่อนและหลังการใช้ยาในระยะเวลา 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับที่ได้รับการรักษาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม (ตำรับยาสุขไสยาสน์) จากโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับเพศชายหรือเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับรักษาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม (ตำรับยาสุขไสยาสน์) จากโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566 โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (Total Population Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 262 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าโครงการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยเพศชายหรือเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งจ่ายตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม (ตำรับยาสุขไสยาสน์) โดยแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์
3. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. มีประวัติแพ้กัญชาหรือสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของตำรับยาสุขไสยาสน์ ประกอบด้วยสมุนไพร 12 ชนิด ได้แก่ การบูร ใบสะเดา สหสคุณเทศ สมุลแว้ง เทียนดำ โกฏกระดูก ลูกจันทน์ ดอกบุนนาค พริกไทย ขิงแห้ง ดีปลี และใบกัญชา
2. มีประวัติหรือมีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายหรืออาจมีผลร้ายแรงจากการใช้ยา ได้แก่ โรคตับ โรคไต โรคทางจิตเวช
3. มีผลตรวจการทำงานของตับหรือไตผิดปกติค่าใดค่าหนึ่งมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่าปกติ
4. หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร
5. ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับ ยาด้านการชัก หรือแอลกอฮอล์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร และรายการยาที่ใช้ร่วมในช่วงเวลาเดียวกัน
2. แบบบันทึกลักษณะการสั่งใช้ยา ประกอบด้วย ข้อบ่งใช้ ขนาดยาและความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน
3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการหลัก 9 อาการ โดยให้คะแนนแต่ละอาการบนมาตรวัด 0–10 คะแนน (0 = ไม่มีอาการ; 10 = มีอาการรุนแรงที่สุด) (Montarat Chinda et al., 2011)
4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใน 5 มิติ ผลการประเมินนำมาคำนวณเป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) และการประเมินสภาวะสุขภาพทางตรงด้วยมาตรวัดแบบภาพ (VAS) 0–100 คะแนน (Sakthong et al., 2015)

5. แบบฟอร์มรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Product Vigilance Center, n.d.) และ Naranjo's algorithm (Naranjo et al., 1981)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม (ตำรับยาสุขไสยาสน์) จากโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลโดยตรงจากผู้ป่วย ณ วันที่เริ่มต้นได้รับยา (Pre-test) และติดตามประเมินซ้ำเมื่อครบ 1 เดือน (Post-test) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะการส่งไข้ยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ประเมินด้วย ESAS และ EQ-5D-5L

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้อง จากนั้นวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและลักษณะการส่งไข้ยามาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD)
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับยาด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลคะแนน ESAS และ EQ-5D-5L เป็นข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ (non-parametric data) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กระทรวงสาธารณสุข หนังสือเลขที่ สธ 0511/44 รหัสโครงการ 02-0511-2565 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและลงนามในใบยินยอมก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 262 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.87) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 51-60 ปี (ร้อยละ 23.28) อายุเฉลี่ย 53.75 ± 16.66 ปี สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยที่รับบริการตำรับยาสุขไสยาสน์ที่พบในกลุ่มผู้ป่วยวัยกลางคน ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.06) ด้านโรคประจำตัวพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72.14) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 39.72) ของผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยา (ร้อยละ 98.10) และไม่มียาอื่นที่รับประทานร่วมในช่วงเวลาเดียวกับที่ใช้ตำรับยาสุขไสยาสน์ (ร้อยละ 90.07) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 262)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	149	56.87
หญิง	113	43.13
อายุ (ปี) Mean ± SD 53.75 ± 16.66		
≤ 30 ปี	39	14.89
31 – 40	33	12.60
41 – 50	23	8.78
51 – 60	61	23.28
61 – 70	60	22.90
> 70	46	17.55
อาชีพ		
เกษตรกร	44	16.79
ลูกจ้าง (บริษัท/โรงงาน/รับจ้างรายวัน)	38	14.50
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ	38	14.50
อาชีพส่วนตัว (เจ้าของธุรกิจ/ค้าขาย)	25	9.54
นักเรียน/นักศึกษา	11	4.20
แม่บ้าน	22	8.41
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	84	32.06
โรคประจำตัว		
ไม่มี	189	72.14
มี ระบุ	73	27.86
โรคความดันโลหิตสูง	29	39.72
โรคเบาหวาน	15	20.54
โรคไขมันในโลหิตสูง	13	17.80
โรคเมะเร็ง	8	10.95
โรคหลอดเลือดสมอง	7	9.58
โรคไมเกรน	6	8.21
โรคหัวใจ	1	1.36
อื่น ๆ	3	4.10
ประวัติการแพ้ (ยา/อาหาร/อื่น ๆ)		
ไม่มี	257	98.10
มี	5	1.90

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยาที่รับประทานประจำต่อเนื่องจากโรคประจำตัว		
ไม่มี	189	72.14
มี	73	27.86
ยาอื่น ๆ ที่รับประทานร่วมในช่วงเวลาเดียวกับที่ใช้อยากัญชา		
ไม่มี	236	90.07
มี	26	9.93

2. ข้อมูลลักษณะการสั่งจ่าย

ผู้ป่วยที่ได้รับตำรับยาสุขไสยาสน์ส่วนใหญ่ได้รับการสั่งจ่ายในข้อบ่งใช้โรคนอนไม่หลับ (U75.22) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.68 รองลงมาคือโรคลมปะกังหรือลมตะกัง (U61.2) ร้อยละ 7.63 สำหรับขนาดยาที่สั่งจ่ายพบว่า ขนาดเริ่มต้นที่ใช้มากที่สุดคือ 0.5 กรัมต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 72.90 และความถี่ในการรับประทานยาที่พบมากที่สุดคือ วันละ 2 ครั้ง (BID) คิดเป็นร้อยละ 95.81 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะการสั่งจ่าย (n = 262)

ข้อมูลลักษณะการสั่งจ่าย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อบ่งใช้		
นอนไม่หลับ (U75.22)	214	81.68
ลมปะกัง หรือ ลมตะกัง (U61.2)	20	7.63
ชา (U71.73)	11	4.20
ปวดเมื่อยตามร่างกาย (U75.05)	3	1.15
อ่อนเพลีย หรือ ไม่มีแรง (U75.6)	2	0.76
อื่นๆ	12	4.58
ขนาดยาที่สั่งจ่าย (กรัม/วัน) Mean ± SD 1.45 ± 0.88		
0.5 กรัม (1/4 ซอง)	191	72.90
1.0 กรัม (2/4 ซอง)	44	16.79
1.5 กรัม (3/4 ซอง-)	6	2.29
2.0 กรัม (4/4 ซอง)	21	8.02
ความถี่ในการรับประทานยาต่อวัน		
วันละ 1 ครั้ง (Once daily, OD)	8	3.05
วันละ 2 ครั้ง (Twice daily, BID)	251	95.81
รับประทานเมื่อมีอาการ (As needed, PRN)	3	1.14

3. ข้อมูลคุณภาพชีวิต

3.1 การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย ESAS ก่อนและหลังการให้ยาเป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่ลดลงในทิศทางที่ดีขึ้น เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Wilcoxon signed-rank test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในส่วนใหญ่ของอาการ ยกเว้นอาการง่วงซึม/สับสน (p = 0.201) และอาการเบื่ออาหาร (p = 0.537) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย ESAS ก่อนและหลังการให้ยา (n = 262)

อาการ (ESAS)	ก่อนให้ยา ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	หลังให้ยา ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ค่า Z (Wilcoxon)	ค่า p
อาการปวด	2.55 $\pm$ 2.09	2.05 $\pm$ 1.94	4.32	<0.001*
อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย	3.05 $\pm$ 2.33	2.50 $\pm$ 1.91	4.47	<0.001*
อาการคลื่นไส้	1.15 $\pm$ 1.60	0.83 $\pm$ 1.00	3.97	<0.001*
อาการซึมเศร้า	1.07 $\pm$ 1.12	0.79 $\pm$ 0.89	4.79	<0.001*
อาการวิตกกังวล	4.76 $\pm$ 2.95	4.00 $\pm$ 2.77	4.44	<0.001*
อาการง่วงซึม/สับสน	1.18 $\pm$ 1.27	1.27 $\pm$ 1.24	1.28	0.201
อาการเบื่ออาหาร	2.10 $\pm$ 2.37	2.00 $\pm$ 2.35	0.61	0.537
ความรู้สึกไม่สบายกาย/ใจโดยรวม	5.62 $\pm$ 3.23	5.04 $\pm$ 3.10	2.76	0.006*
อาการเหนื่อยหอบ	1.62 $\pm$ 1.78	1.27 $\pm$ 1.35	3.82	<0.001*
ปัญหาอื่นๆ	1.13 $\pm$ 0.90	0.94 $\pm$ 0.52	4.23	<0.001*

หมายเหตุ: ทดสอบโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test; *ค่าความแตกต่างทางสถิติ ที่ $p < 0.05$

3.2 การประเมินสถานะสุขภาพด้วยแบบประเมิน EQ-5D-5L

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย EQ-5D-5L ก่อนและหลังการให้ยาเป็นระยะเวลา 1 เดือน พบว่า คะแนนอรรถประโยชน์ด้านสุขภาพ 5 มิติ เพิ่มขึ้นจาก 0.64 ± 0.47 เป็น 0.72 ± 0.37 และคะแนนสถานะสุขภาพทางตรง (VAS) เพิ่มขึ้นจาก 68.80 ± 8.02 เป็น 79.33 ± 7.68 เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Wilcoxon signed-rank test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองตัวแปร ($p < 0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินสถานะสุขภาพด้วย EQ-5D-5L และ VAS ก่อนและหลังการให้ยา (n = 262)

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ก่อนให้ยา ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	หลังให้ยา ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ค่า Z (Wilcoxon)	ค่า p
คะแนนอรรถประโยชน์ EQ-5D-5L	0.64 $\pm$ 0.47	0.72 $\pm$ 0.37	3.55	<0.001*
คะแนนสถานะสุขภาพทางตรง (VAS)	68.80 $\pm$ 8.02	79.33 $\pm$ 7.68	14.67	<0.001*

หมายเหตุ: ทดสอบโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test; *ค่าความแตกต่างทางสถิติ ที่ $p < 0.05$

4. ข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

จากผู้ป่วยทั้งหมด 262 ราย พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทั้งสิ้น 34 เหตุการณ์ในผู้ป่วย 23 ราย (ร้อยละ 12.97) โดยเหตุการณ์ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่า “น่าจะเกี่ยวข้อง” (Probable) ร้อยละ 82.35 อาการที่พบบ่อยที่สุดคืออาการง่วงซึม/ง่วงซึม/ง่วงซึม (12 ครั้ง; Probable ร้อยละ 91.66) ซึ่งสอดคล้องกับฤทธิ์กดประสาทของกัญชา รองลงมาคืออาการแสบร้อนกลางอก (11 ครั้ง; Probable ร้อยละ 72.72) คอแห้งกระหายน้ำ (7 ครั้ง) และวิงเวียนศีรษะ (4 ครั้ง) ตามลำดับ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย และสามารถจัดการได้โดยไม่ต้องหยุดยา รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (n = 34)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	จำนวน (ครั้ง)	Probable n (%)	Possible n (%)
ง่วงซึม ง่วงซึม	12	11 (91.66)	1 (8.33)
แสบร้อนกลางอก	11	8 (72.72)	3 (27.27)
คอแห้งกระหายน้ำ	7	6 (85.71)	1 (14.28)
วิงเวียนศีรษะ	4	3 (75.00)	1 (25.00)
รวม	34	28 (82.35)	6 (17.64)

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบติดตามไปข้างหน้าในบริบทการใช้จริง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการใช้ยาและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับตำรับยาสุขไสยาสน์ซึ่งมีกัญชาเป็นส่วนผสม โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 262 ราย และติดตามผลเป็นเวลา 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 53.75 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาภากร บุญธรรม และคณะ (2565) ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับตำรับยาสุขไสยาสน์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.59) อายุเฉลี่ย 56.81 ปี

ในด้านลักษณะการส่งยา พบว่าตำรับยาสุขไสยาสน์ถูกใช้มากที่สุดในกลุ่มอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 81.67) ซึ่งสอดคล้องอย่างชัดเจนกับข้อบ่งใช้ตามคัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ที่ระบุว่ายานี้ช่วยให้ผ่อนคลายตามแนวคิดการแพทย์แผนไทย อาการนอนไม่หลับและความวิตกกังวลเกิดจากความไม่สมดุลของลม ตำรับยาสุขไสยาสน์ประกอบด้วยสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงหัวใจและระบบประสาท เช่น สมุลแว้ง ลูกจันทน์ และโกฏกระดูก ซึ่งช่วยปรับสมดุลและบรรเทาอาการดังกล่าว (Punpeng et al., 2022) รูปแบบการใช้ยาก่อนนอนสอดคล้องกับทั้งวิธีการดั้งเดิมและเป้าหมายทางคลินิก (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2019)

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย ESAS พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการลดลงในหลายอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นอาการง่วงซึม/ง่วงซึม/ง่วงซึมและเบื่ออาหาร การที่อาการง่วงซึมไม่ลดลงอาจอธิบายได้จากสองมุมมอง ได้แก่ ผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดคือง่วงซึม (ร้อยละ 91.66 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์) ซึ่งอาจต้านผลประโยชน์ด้านการนอนหลับที่ดีขึ้น และค่า baseline ของอาการง่วงซึมที่ต่ำอยู่แล้ว (1.18 ± 1.27) ทำให้มีพื้นที่การปรับปรุงจำกัด (floor effect) สอดคล้องกับรายงานที่พบว่ากัญชาและสารออกฤทธิ์มีบทบาทในการบรรเทา

อาการปวด ลดความวิตกกังวล และช่วยให้นอนหลับดีขึ้น (Bhagavan et al., 2020; Ware et al., 2015; Whiting et al., 2015)

นอกจากนี้ คณะนักวิจัยอื่น ๆ ลดลงหลังใช้ยา (1.13 ± 0.90 เป็น 0.94 ± 0.52 , $p < 0.001$) โดยปัญหาอื่น ๆ ใน ESAS หมายถึงอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผลสำคัญแต่ไม่ได้ถูกรวมอยู่ใน 9 อาการหลัก ซึ่งในบริบทของผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับในโครงการวิจัยนี้ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับโดยตรง เช่น ความยากในการเริ่มต้นหลับ การตื่นกลางดึกบ่อย หรือการนอนหลับไม่สนิท ทั้งนี้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ราชเดิม และคณะ (2564) ที่รายงานว่าตำรับยาสุขไสยาสน์ที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการนอนไม่หลับได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย ESAS ซึ่งไม่ได้บันทึกรายละเอียดของปัญหาอื่น ๆ ไว้อย่างเป็นระบบ จึงไม่สามารถยืนยันได้ชัดเจนว่าการลดลงของคะแนนสะท้อนถึงการปรับปรุงของคุณภาพการนอนหลับโดยตรง การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มแบบประเมินที่เฉพาะเจาะจง เช่น Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) หรือ Insomnia Severity Index (ISI) ควบคู่กับ ESAS เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพการนอนหลับได้อย่างครบถ้วนและแม่นยำยิ่งขึ้น

ในส่วนของการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย EQ-5D-5L พบว่าคะแนนอรรถประโยชน์ด้านสุขภาพและคะแนน VAS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการใช้ยา การเปลี่ยนแปลงของคะแนนอรรถประโยชน์ EQ-5D-5L จาก 0.64 เป็น 0.72 (เพิ่มขึ้น 0.08) และคะแนน VAS จาก 68.80 เป็น 79.33 (เพิ่มขึ้น 10.53 คะแนน) ถือว่ามีนัยสำคัญในเชิงคลินิก โดยการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ (0.08) เกินกว่าค่า MCID ของ EQ-5D-5L ที่รายงานไว้ที่ประมาณ 0.04–0.07 (McClure et al., 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ราชเดิม และคณะ (2566) และอาการ บุญธรรม และคณะ (2565) ที่พบว่าตำรับยาสุขไสยาสน์มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการนอนไม่หลับเรื้อรังและมีความปลอดภัยในการใช้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ การใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งอาจจำกัดการนำผลไปอ้างอิงในประชากรทั่วไป การไม่มีกลุ่มควบคุมทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน รวมถึงระยะเวลาการติดตาม 1 เดือนอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม เพิ่มขนาดตัวอย่าง และขยายระยะเวลาการติดตาม (Jamparngerthaweesri et al., 2023)

ตำรับยาสุขไสยาสน์ซึ่งมีกัญชาเป็นส่วนผสมมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในบริบทการใช้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการนอนไม่หลับและความวิตกกังวล อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่มีการออกแบบการวิจัยที่เข้มแข็งมากขึ้น เช่น การศึกษาที่มีกลุ่มควบคุมและการติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและประเมินความปลอดภัยของการใช้ยาในระยะยาวอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสั่งใช้ตำรับยาสุขไสยาสน์ในผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับ โดยคำนึงถึงขนาดยา ความถี่ และการติดตามอาการอย่างเหมาะสม ควรเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการง่วงซึมและสับสนกลางคืน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสามารถ

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการใช้ตำรับยาสุขไสยาสน์ในบริบทบริการจริงให้มีความเหมาะสมและเป็นระบบมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามและประเมินผลข้างเคียงอย่างละเอียด โดยเฉพาะอาการง่วงซึมและสับสนกลางอกซึ่งพบบ่อยในการศึกษานี้ รวมถึงควรแจ้งเตือนผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะหลังรับประทานยา
2. เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผลการวิจัยมีความแข็งแกร่งและสามารถสรุปผลในวงกว้างได้มากขึ้น
3. ออกแบบการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม (Control Group) เพื่อแยกแยะผลกระทบที่แท้จริงจากการใช้ตำรับยา
4. ขยายระยะเวลาการติดตามเป็น 3, 6 และ/หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวและความปลอดภัยเรื้อรัง
5. พิจารณาการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเข้มแข็งมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- อมรรัตน์ ราชเดิม, ปรีชา หนูทิม, ธันว บัวมทะเลกุล, & วรกานต์ มาดา. (2568). การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยระหว่างตำรับยาสุขไสยาสน์ที่มีกัญชาปรุงผสมกับตำรับยาสุขไสยาสน์ที่ไม่มีกัญชาปรุงผสม ในผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 23(1), 7–22.
- อาภากร บุญธรรม, ปรีชา หนูทิม, และ ปัทมา ดิลกธรสกุล (2565). รูปแบบการสั่งใช้ ความปลอดภัย และผลต่อคุณภาพชีวิตของตำรับยาสุขไสยาสน์. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 20(2), 295–309.
- Bhagavan, C., Kung, S., Doppen, M., John, M., Vakalalabure, I., Oldfield, K., et al. (2020). annabinoids in the treatment of insomnia disorder: A systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*, 34(12), 1217–1228. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00773-x>
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A. J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6), 954–960. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020>
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (2019). *Guidance on the use of cannabis in Thai traditional medicine*. Ministry of Public Health.
- Duangdamrong, J., Jamparngerthaweesri, K., Sathiyos, Y., Poopong, S., Lumlerdkij, N., & Akarasereenont, P. (2022). Evidence of cannabis for medical uses and its indications: An evidence-based comparison between Thai traditional medicine and Western medicine. *Siriraj Medical Bulletin*, 15(3), 155–163.
- Food and Drug Administration, Ministry of Public Health. (2019). *Narcotics Act (No. 7) B.E. 2562 and related regulations for the medical use of cannabis*. <https://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/SitePages/Home.aspx>

- Health Product Vigilance Center. (n.d.). *Download forms*. Food and Drug Administration, Ministry of Public Health. <https://hvpcthai.fda.moph.go.th/publication-documents/category/download-form>
- Jamparngernthaweesri, K., Lumlerdikij, N., Booranasubkajorn, S., & Akarasereenont, P. (2023). A retrospective study of Suk Sai Yad recipe uses in patients with insomnia. *Siriraj Medical Bulletin*, 16(2), 119–130. <https://doi.org/10.33192/smb.v16i2.260891>
- McClure, N. S., Al Sayah, F., Xie, F., Luo, N., & Johnson, J. A. (2017). Instrument-defined estimates of the minimally important difference for EQ-5D-5L index scores. *Value in Health*, 20(4), 644–650. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.015>
- Naranjo, C. A., Busto, U., Sellers, E. M., Sandor, P., Ruiz, I., Roberts, E. A., Janecek, E., Domecq, C., & Greenblatt, D. J. (1981). A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 30(2), 239–245. <https://doi.org/10.1038/clpt.1981.154>
- Narcotics Act (No. 7) B.E. 2562 (2019). (2019, February 18). *Royal Gazette*, 136(19A). https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/019/T_0001.PDF
- Punpeng, T., Sathiyos, Y., Thakulbanmahing, P., Paraput, T., Duangdamrong, J., Jamparngernthaweesri, K., et al. (2022). The use of cannabis-containing herbal recipes in Thai traditional medicine manuscript and the analytical data of Thai herbal recipes. *Siriraj Medical Bulletin*, 15(3), 164–171.
- Sakthong, P., Sonsa-Ardjit, N., Sukarnjanaset, P., & Munpan, W. (2015). Psychometric properties of the EQ-5D-5L in Thai patients with chronic diseases. *Quality of Life Research*, 24(12), 3015–3022. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1038-z>
- Ware, M. A., Wang, T., Shapiro, S., Collet, J. P., & COMPASS study team. (2015). Cannabis for the management of pain: Assessment of safety study (COMPASS). *Journal of Pain*, 16(12), 1233–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.07.014>
- Whiting, P. F., Wolff, R. F., Deshpande, S., Di Nisio, M., Duffy, S., Hernandez, A. V., et al. (2015). Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 313(24), 2456–2473. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6358>
- Zinboonyahgoon, N., Sansing, W., Sittipunt, C., Srikuea, R., Thienthong, S., Rushatamukayanunt, P., et al. (2021). Medicinal cannabis in Thailand: 1-year experience after legalization. *Pain*, 162 (Suppl 1), S105–S109. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001936>

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7682



การพัฒนานวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับ
ผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร
Development of an Innovative Air Mattress from Dialysis Bags for Pressure
Ulcer Prevention in Bedridden Patients in Community,
Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province.

วิญญูพล ปรังค์ทอง

Winyoupon Prangthong

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง

Ban Jumpadong Subdistrict Health Promoting Hospital

*Corresponding author, e-mail: Winyoupon1144@gmail.com

Received: March 14, 2026; Revised: April 22, 2026; Accepted: May 2, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ดำเนินการ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนานวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไต ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม และระยะที่ 3 การประเมินการลดปริมาณขยะทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน จำนวน 30 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับบราเดน แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกข้อมูลการใช้นวัตกรรม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67 แบบประเมิน Braden Scale ได้ค่า Intraclass Correlation Coefficient = 0.89 แบบประเมินแผลกดทับได้ค่า Cohen's Kappa = 0.85 แบบสอบถามความพึงพอใจได้ค่า Cronbach's alpha = 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า นวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตได้รับการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.60$, $SD = 0.47$) คะแนนแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับบราเดนหลังการใช้ นวัตกรรมสูงกว่าก่อนใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่านวัตกรรมสามารถลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมในระดับมากที่สุด การนำถุงน้ำยาล้างไตกลับมาใช้ในการผลิตที่นอนลมสามารถช่วยลดปริมาณขยะทางการแพทย์ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิสามารถนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ : แผลกดทับ, ที่นอนลม, ถุงน้ำยาล้างไต, ผู้ป่วยติดเตียง, นวัตกรรมสุขภาพชุมชน

Abstract

This study is a research and development study conducted in Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province, from August 2025 to February 2026. The sample group consisted of 30 bedridden patients in the community and 30 patient caregivers. The research instruments included the Braden Scale for pressure ulcer risk assessment, a satisfaction assessment form, and an innovation usage data recording form. Data were analyzed using descriptive statistics, namely percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics, namely the Paired t-test.

The research findings revealed that the air mattress innovation made from dialysis solution bags was evaluated by experts at the highest quality level (Mean = 4.60, SD = 0.47). The Braden Scale scores for pressure ulcer risk after using the innovation were significantly higher than before use ($p < 0.001$), indicating that the innovation was able to reduce the risk of pressure ulcer development. Patient caregivers expressed the highest level of satisfaction with the use of the innovation. The repurposing of dialysis solution bags in the production of air mattresses can concretely help reduce the volume of medical waste. These findings demonstrate that the air mattress innovation made from dialysis solution bags is an effective innovation that can be applied in the care of bedridden patients in the community, while also contributing to improved medical waste management.

Keywords : Cannabis-Containing Traditional Thai Medicine, Tamrap Ya Suk Sai-Yad, Quality of life, Insomnia

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญที่มักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองตามปกติ จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2565 ผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยร้อยละ 12 ของผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเกิดจากแรงกดทับบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนเป็นเวลานาน ทำให้การไหลเวียนโลหิตลดลง จนเกิดเนื้อเยื่อตายและการติดเชื้อในที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และแผลกดทับส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในแง่ของความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวที่จำกัด และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง นอกจากนี้ ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล การใช้วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น น้ำเกลือ ยาฆ่าเชื้อ และผ้าพันแผล รวมถึงเวลาและความพยายามของผู้ดูแล ส่งผลต่อสุขภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว การเกิดแผลกดทับมักมีสาเหตุจากปัจจัยหลัก ได้แก่ การนอนเป็นเวลานานโดยไม่มีการเปลี่ยนอิริยาบถ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง (สุนทรี ทองคำ, 2565) การขาดอุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับ เช่น ที่นอนลม หรืออุปกรณ์พองตัว (National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], 2022) ความไม่เพียงพอของทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ขาดแคลนงบประมาณและอุปกรณ์ที่จำเป็น การขาดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ ทำให้การดูแลไม่ถูกต้องหรือไม่ต่อเนื่อง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], 2564) ในบริบทของพื้นที่ชนบทและชุมชนห่างไกล ปัญหาดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ การเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ และบุคลากรด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ที่นอนลมได้อย่างเพียงพอ ซึ่งสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางสุขภาพระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท

แนวทางหนึ่งที่ใช้เพื่อลดปัญหาแผลกดทับคือการใช้ที่นอนลม ซึ่งมีคุณสมบัติช่วยกระจายแรงกดทับและลดความเสี่ยงของการเกิดแผล (NPIAP, 2022) อย่างไรก็ตาม การใช้ที่นอนลมสำเร็จรูปมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การจัดหาในปริมาณมากเป็นเรื่องยากสำหรับสถานพยาบาลขนาดเล็ก (ประภาพร ดองโพธิ์, 2562) การซ่อมแซมและการบำรุงรักษาที่ยุ่งยาก อุปกรณ์อาจเสียหายง่าย และการซ่อมแซมต้องใช้งบประมาณเพิ่มเติม การขาดแคลนในพื้นที่ชนบท สถานพยาบาลในพื้นที่ห่างไกลมักไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์ได้เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ (Kumar et al., 2020) ในขณะเดียวกัน ระบบบริการสุขภาพกลับมีของเหลือใช้ทางการแพทย์จำนวนมาก เช่น ถุงนํ้ายาล้างไต ซึ่งผลิตจากวัสดุ Polyvinyl Chloride (PVC) ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับวัสดุของที่นอนลมคุณภาพสูง หากสามารถนำกลับมาใช้ใหม่อย่างปลอดภัย จะช่วยลดปริมาณขยะทางการแพทย์ และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพได้ ที่นอนลมที่ผลิตจากถุงนํ้ายาล้างไตใช้แล้วเป็นนวัตกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการนำถุงนํ้ายาล้างไตที่ผ่านการใช้งานแล้วมาทำความสะอาดและนำมาประกอบเป็นที่นอนลม ซึ่งมีคุณสมบัติในการกระจายแรงกดทับ ลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ ยังเป็นการลดปริมาณขยะและส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ เป็นหนึ่งในหน่วยงานที่ได้พัฒนานวัตกรรมนี้โดยผลิตที่นอนลมจากถุงนํ้ายาล้างไตเพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งมีราคาถูกกว่าที่นอนลมไฟฟ้าถึง 10 เท่า และได้รับรางวัลเลิศรัฐ ประจำปี พ.ศ. 2561 สาขานวัตกรรมระดับดีเด่น (ปวีรรัตน์ ปุริมายะตา และคณะ, 2559) นอกจากนี้ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยังได้ทำการวิจัยและพัฒนาที่นอนลมจากถุงนํ้ายาล้างไตเพื่อผู้ป่วยติดเตียง โดยเน้นการออกแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการป้องกันแผลกดทับ โครงการเบาะลมจากถุงนํ้ายา

ล้างไต ลดแผลกดทับ สำหรับผู้ที่ใช้วีลแชร์ ก็เป็นอีกหนึ่งตัวอย่างของการนำถุญน้ำยาล้างไตมาใช้ประโยชน์ โดยมีการดำเนินการร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลิตเบาะลมที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในผู้ที่ใช้วีลแชร์ (อรนุช มกรภิรมย์ และอันธิกา คระวานิช, 2563) แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับหลักเศรษฐกิจหมุนเวียนในระบบสุขภาพและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบท ซึ่งเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นอย่างคุ้มค่า ลดของเสีย และเพิ่มศักยภาพการพึ่งพาตนเองของชุมชนมากกว่าการพึ่งพาเทคโนโลยีราคาแพงจากภายนอก แม้ว่าจะมีการพัฒนานวัตกรรมดังกล่าวในบางพื้นที่แล้ว แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว รวมถึงยังขาดการประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านคลินิก เศรษฐศาสตร์สุขภาพ และผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ รวมถึงยังไม่มีการศึกษาที่ออกแบบนวัตกรรมให้สอดคล้องกับบริบทการใช้งานจริงของผู้ดูแลในครัวเรือนในชุมชนชนบทอย่างเฉพาะเจาะจง

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาที่นวดจากถุญน้ำยาล้างไต ซึ่งเป็นวัสดุเหลือใช้ที่หาได้ง่ายในสถานพยาบาลและชุมชน โดยถุญน้ำยาล้างไตมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับการผลิตที่นวด เช่น ความยืดหยุ่น ความทนทาน และความสามารถในการรับน้ำหนัก โดยเน้นการออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และการใช้งานโดยผู้ดูแลในครัวเรือน การใช้ถุญน้ำยาล้างไตเพื่อผลิตที่นวดจึงเป็นทางเลือกที่ช่วยลดขยะทางการแพทย์ได้ในเวลาเดียวกัน การนำที่นวดที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ จะช่วยลดปัญหาแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งเป็นต้นแบบของนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่สามารถขยายผลได้ในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่มความสามารถของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิง และสนับสนุนแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยคาดว่าจะสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง เพิ่มความรู้และความเข้าใจของชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิง และส่งเสริมการจัดการทรัพยากรในชุมชนอย่างคุ้มค่าได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

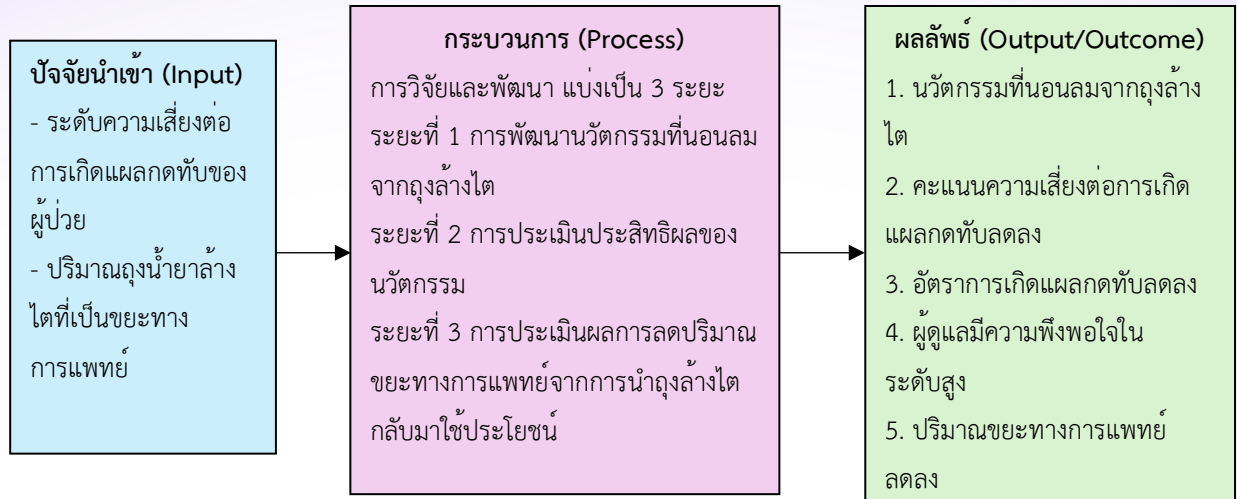
เพื่อพัฒนานวัตกรรมที่นวดจากถุญน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมที่นวดจากถุญน้ำยาล้างไตที่มีคุณสมบัติลดแรงกดทับ
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้ที่นวดจากถุญน้ำยาล้างไตในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อศึกษาการลดปริมาณขยะทางการแพทย์จากการใช้ถุญน้ำยาล้างไตในการผลิตที่นวด

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมที่นวดจากถุญน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ดังแสดงในภาพกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent Patients) ที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2568 จำนวน 52 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า จำนวน 30 ราย โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงแนวคิดการคำนวณสำหรับการวิจัยแบบวัดผลก่อนและหลังในกลุ่มเดียว (One Group Pretest–Posttest Design) และการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับมาก (Effect size = 0.80) ซึ่งเหมาะสมกับการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาและการทดลองใช้นวัตกรรมในชุมชน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 26 ราย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการศึกษากำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และมีคะแนน Braden Scale ≤ 16 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ
2. ยังไม่มีแผลกดทับ หรือมีแผลกดทับระดับ 1 ตามเกณฑ์ของ National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) ณ วันที่เริ่มเข้าร่วมการวิจัย
3. สามารถให้ข้อมูลหรือมีผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและอาการของผู้ป่วยได้
4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป ณ วันที่เริ่มเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลหรือการใช้นวัตกรรม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

1. นวัตกรรมที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งเป็นที่นอนลมที่ผลิตจากถุงน้ำยาล้างไต ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นจากวัสดุเหลือใช้ทางการแพทย์ โดยออกแบบเพื่อช่วยลดแรงกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง มีรายละเอียดดังนี้

วัสดุ ผลิตจากถุงน้ำยาล้างไตเหลือใช้ (PVC) ผ่านกระบวนการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโดยใช้กระบวนการทำความสะอาดตามแนวทาง high-level disinfection ได้แก่ การล้างทำความสะอาดเบื้องต้นด้วยน้ำสะอาด จากนั้นแช่ในสารละลาย Sodium hypochlorite ความเข้มข้น 0.5% เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที และล้างด้วยน้ำปราศจากเชื้อก่อนนำไปฝังแท่งในสภาพแวดล้อมที่สะอาดเพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนของเชื้อโรค

การออกแบบ ที่นอนลมที่ผลิตจากถุงน้ำยาล้างไตถูกออกแบบให้มีลักษณะเป็นช่องลมเชื่อมต่อกันเพื่อช่วยกระจายแรงกดทับ มีความหนาแน่นและยืดหยุ่นเพียงพอที่จะรองรับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ออกแบบขนาดที่พอดีกับเตียงมาตรฐานในสถานพยาบาล

คุณสมบัติ เพื่อลดการเกิดแรงกดทับเฉพาะจุด ระบายความร้อนได้ดี ช่วยลดความอับชื้นที่อาจก่อให้เกิดแผลกดทับ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก (Sensory perception) ความชื้นของผิวหนัง (Moisture) การทำกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหว (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) แรงเสียดทานและแรงเฉือน (Friction and shear) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6–23 คะแนน โดยคะแนนต่ำ = ความเสี่ยงสูง และคะแนนสูง = ความเสี่ยงต่ำ ในการศึกษานี้กำหนด ≤ 16 คะแนน = กลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูง

2. แบบบันทึกการประเมินแผลกดทับ พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงเกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรงของแผลกดทับตามแนวทางของ National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลที่ใช้ในการประเมินและจำแนกแผลกดทับอย่างเป็นระบบ แบบบันทึกประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ (Stage 1–4) ตำแหน่งของแผลกดทับ เช่น สะโพก ส้นเท้า กระดูกก้นกบ หลัง ลักษณะของแผล เช่น สี ขนาด ความลึก การมีเนื้อตายหรือสารคัดหลั่ง จำนวนแผลกดทับที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินตาม NPIAP อย่างชัดเจน เพื่อให้การจำแนกระดับแผลมีความถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. แบบบันทึกปริมาณถุงน้ำยาล้างไต ใช้บันทึกปริมาณถุงน้ำยาล้างไตที่นำกลับมาใช้ในการผลิตที่นอนลม โดยกำหนดหน่วยการวัดเป็นจำนวน (ชิ้น) และน้ำหนักรวม (กิโลกรัม) โดยใช้การนับจำนวนและการชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบ เพื่อให้ข้อมูลมีความแม่นยำและสามารถใช้วิเคราะห์การลดปริมาณขยะทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

4. แบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.91 แสดงถึงความเชื่อมั่นในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทั้งในส่วนของการวัดกรรมและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความตรง ความเที่ยง และความเหมาะสมในการนำไปใช้ ดังนี้

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) แบบบันทึกการประเมินแผลกดทับ แบบบันทึกปริมาณถุงน้ำยาล้างไต และแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลกดทับ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญได้ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 0.67 ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ได้แก่ แบบประเมิน Braden Scale ได้ค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) = 0.89 แบบประเมินแผลกดทับ (NPIAP) ได้ค่า Cohen's kappa = 0.85 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในระดับดี ความเชื่อมั่นภายใน (Internal Consistency Reliability) แบบสอบถามความพึงพอใจได้ค่า Cronbach's alpha = 0.91 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับดีมาก

การตรวจสอบความเหมาะสมของนวัตกรรม (Innovation Validation) นวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตได้รับการประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาในด้านความเหมาะสมของการออกแบบความปลอดภัยในการใช้งาน และประสิทธิภาพในการกระจายแรงกดทับ ผลการประเมินพบว่า นวัตกรรมมีความเหมาะสมในระดับดีถึงดีมาก และสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้จริงในบริบทของชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การพัฒนานวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไต (Development Phase) ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2568 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 การศึกษาระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองและประดิษฐ์ (Experimental and Inventive Research) โดยประยุกต์ใช้องค์ความรู้ด้านวัสดุศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ และการพยาบาล เพื่อออกแบบและสร้างที่นอนลมต้นแบบจากถุงน้ำยาล้างไตที่ผ่านการใช้งานแล้ว โดยการใช้กระบวนการคัดเลือกวัสดุ การออกแบบโครงสร้าง การทดสอบความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการกระจายแรงกดทับเบื้องต้น โดยมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (Expert Consultation) เพื่อให้ได้มาซึ่งนวัตกรรมที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามหลักวิชาการ ดังนี้

การเตรียมวัสดุ ดำเนินการรวบรวมถุงน้ำยาล้างไตที่ผ่านการใช้งานแล้วจากหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยคัดเลือกเฉพาะถุงที่ไม่มีรอยร้าวหรือความเสียหาย จากนั้นดำเนินการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อตามหลักการควบคุมการติดเชื้อ โดยล้างด้วยน้ำสะอาดเพื่อลดสิ่งปนเปื้อนเบื้องต้น แล้วแช่ในสารละลาย Sodium hypochlorite ความ

เข้มข้น 0.5% เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที จากนั้นล้างด้วยน้ำปราศจากเชื้อ และนำไปผึ่งให้แห้งในสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปราศจากฝุ่น

การออกแบบและประดิษฐ์ ดำเนินการออกแบบต้นแบบที่นอนลมโดยใช้หลักการทางชีวกลศาสตร์ (Biomechanics) เพื่อให้สามารถกระจายแรงกดทับได้อย่างเหมาะสม โดยกำหนดรูปแบบเป็นช่องลมเชื่อมต่อกัน (air cell structure) และกำหนดขนาดให้เหมาะสมกับเตียงมาตรฐาน จากนั้นนำถุงน้ำยาล้างไตมาประกอบเป็นแผ่นที่นอน โดยใช้วิธีการเชื่อมต่อวัสดุ เช่น การซีลความร้อน (heat sealing) หรือการเย็บเสริมความแข็งแรงในจุดเชื่อมต่อ เพื่อให้โครงสร้างมีความมั่นคง สามารถรองรับน้ำหนักผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

การทดสอบเบื้องต้น นำที่นอนลมต้นแบบไปทดสอบคุณภาพ โดยใช้เครื่องวัดแรงกดทับ (pressure mapping device) เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการกระจายแรงกดทับในตำแหน่งสำคัญของร่างกาย เช่น สะโพก หลัง และส้นเท้า รวมทั้งทดสอบความยืดหยุ่น ความทนทาน และการรองรับน้ำหนัก จากนั้นนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขต้นแบบ เพื่อให้ได้คุณสมบัติที่เหมาะสมต่อการใช้งานจริง

การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ นำที่นอนลมต้นแบบที่ผ่านการปรับปรุงแล้วเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพด้านแผลกดทับ และผู้เชี่ยวชาญด้านนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อประเมินคุณภาพของนวัตกรรมในด้านความเหมาะสมของการออกแบบ ความปลอดภัยในการใช้งาน และประสิทธิภาพในการกระจายแรงกดทับ โดยใช้แบบประเมินมาตราประมาณค่า (Rating Scale) จากนั้นรวบรวมข้อเสนอแนะและปรับปรุงต้นแบบให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในระยะทดลอง

ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม (Evaluation Phase) ดำเนินการในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 การศึกษาระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง รูปแบบ One Group Pretest–Posttest Design โดยจะทำการเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมิน Braden Scale ในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไต และมีการติดตามและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้นวัตกรรม รวมถึงการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้ นวัตกรรม โดยใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณ ดังนี้

การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการพึ่งพิง และโรคร่วม จากนั้นประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale โดยผู้ประเมินที่ผ่านการฝึกอบรม พร้อมทั้งตรวจประเมินและบันทึกข้อมูลการมีอยู่ของแผลกดทับ ตำแหน่ง และระดับความรุนแรงของแผล ก่อนเริ่มใช้นวัตกรรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลฐาน

การดำเนินกิจกรรมการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล (routine care) ร่วมกับการใช้นวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และสามารถสะท้อนผลของการกระจายแรงกดทับต่อสภาพผิวหนังได้อย่างชัดเจนในทางคลินิก โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

- 1) สอนและสาธิตการใช้งานที่นอนลมแก่ผู้ดูแล เช่น วิธีจัดวาง การเติมลม และการดูแลรักษา
- 2) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ ได้แก่ การจัดท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง การดูแลผิวหนัง และการลดความชื้น

3) ติดตามการใช้งานนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเยี่ยมบ้านหรือโทรติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินความถูกต้องในการใช้งานและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) และการติดตามผล เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินซ้ำโดยใช้แบบประเมิน Braden Scale เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการทดลอง พร้อมทั้งประเมินการเกิดแผลกดทับรายใหม่ การเปลี่ยนแปลงของแผลกดทับ ขนาด ระดับความรุนแรง ตำแหน่งของแผล โดยมีการติดตามประเมินระหว่างทดลองทุก 1-2 สัปดาห์ โดยใช้แบบบันทึกการประเมินแผลกดทับ

ระยะที่ 3 การประเมินการลดปริมาณขยะทางการแพทย์ (Waste Reduction Evaluation Phase) ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 การศึกษาระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อรวบรวมข้อมูลและประเมินปริมาณถุงนํ้ายาล้างไตที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ (หน่วย: ชิ้น หรือกิโลกรัม) ในการผลิตที่นอนลม โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่อศึกษาผลการลดปริมาณขยะทางการแพทย์ ดังนี้

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลปริมาณถุงนํ้ายาล้างไตที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ในการผลิตที่นอนลมตลอดช่วงระยะเวลาการวิจัย โดยบันทึกข้อมูลจากแหล่งรวบรวมวัสดุที่กำหนดอย่างเป็นระบบ ได้แก่ จำนวนถุงนํ้ายาล้างไตที่ผ่านการคัดเลือกและนำมาใช้จริงในการผลิตนวัตกรรมในแต่ละครั้ง

การประเมินผลใช้แบบบันทึกปริมาณถุงนํ้ายาล้างไต โดยกำหนดหน่วยการวัดเป็นจำนวน (ชิ้น) และน้ำหนักรวม (กิโลกรัม) เพื่อให้สามารถสะท้อนผลการลดปริมาณขยะทางการแพทย์ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการนับจำนวนถุงนํ้ายาล้างไตและชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบก่อนนำไปผลิตเป็นที่นอนลม

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณปริมาณขยะทางการแพทย์ที่ลดลง โดยพิจารณาจากจำนวนและน้ำหนักของถุงนํ้ายาล้างไตที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์แทนการกำจัดเป็นขยะติดเชื้อ พร้อมทั้งสรุปผลในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และน้ำหนักรวมของถุงนํ้ายาล้างไตที่สามารถลดได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการประเมินผลด้านสิ่งแวดล้อมและความคุ้มค่าของนวัตกรรม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลพื้นฐานของการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และโรคร่วม ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) ปริมาณถุงนํ้ายาล้างไตที่ถูกนำกลับมาใช้ จำนวนชิ้นและน้ำหนักเป็นกิโลกรัม และระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้นวัตกรรม โดยนำเสนอข้อมูลในรูปของความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เพื่อทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (normality test) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 50 ราย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หากค่า $p > 0.05$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ เมื่อพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงเลือกใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้ค่า Cohen's d เพื่อประเมินระดับ

ผลกระทบของนวัตกรรมต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ โดยแปลผลตามเกณฑ์ดังนี้ 0.20 = ขนาดเล็ก (Small effect), 0.50 = ขนาดปานกลาง (Medium effect) และ ≥ 0.80 = ขนาดใหญ่ (Large effect)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ใบรับรอง SKN REC 2025-059 รับรองเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2568 ขั้นตอนและวิธีการในการวิจัยครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาจะไม่ถูกบังคับให้ทำกิจกรรมใด ๆ ที่ไม่พร้อมหรือไม่มีความเต็มใจ ในขณะเดียวกันจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของสถานที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เพื่อเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 และเพศชาย ร้อยละ 40.00 โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.33 ในด้านระดับภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 63.33 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในระดับสูง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและต้องนอนอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน สำหรับประวัติการเกิดแผลกดทับ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 33.33 เคยมีประวัติการเกิดแผลกดทับมาก่อน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดแผลกดทับซ้ำในอนาคต

2. ผลการพัฒนาวัตกรรมการนอนลมจากถุงนํ้ายาล้างไต ในการพัฒนาวัตกรรมการนอนลมจากถุงนํ้ายาล้างไต ในงานวิจัยครั้งนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากการนำวัสดุเหลือใช้ทางการแพทย์กลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ (Reuse) เพื่อลดปริมาณขยะทางการแพทย์ และพัฒนาอุปกรณ์ที่สามารถช่วยลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูกของผู้ป่วยติดเตียง กระบวนการพัฒนาวัตกรรมการประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

- (1) การรวบรวมถุงนํ้ายาล้างไตที่ใช้แล้วจากหน่วยบริการ
- (2) การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อถุงนํ้ายาล้างไต
- (3) การตรวจสอบคุณภาพถุงเพื่อคัดเลือกถุงที่ไม่มีการรั่วซึม
- (4) การเป่าลมและจัดเรียงถุงในโครงสร้างของที่นอน
- (5) การทดสอบความแข็งแรงและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์
- (6) การนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน



ที่มา : ผู้วิจัย (2568)

ภาพลักษณะนวัตกรรมที่นอนลงจากถุงน้ำยาล้างไต

ในการประเมินคุณภาพของนวัตกรรมที่นอนลงจากถุงน้ำยาล้างไต ผู้วิจัยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลแผลกดทับ และการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ในชุมชน ประกอบด้วย (1) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (2) นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในชุมชน และ (3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการวัสดุและสิ่งแวดล้อมทางการแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินคุณภาพของนวัตกรรมในด้านความแข็งแรงของวัสดุ ความปลอดภัยต่อผิวหนัง ความสามารถในการกระจายแรงกดทับ ความสะดวกในการใช้งาน และความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในบริบทชุมชน โดยใช้แบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพของนวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.60$, $SD = 0.47$) โดยด้านที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ความเหมาะสมต่อการใช้ในบริบทชุมชน ($M = 5.00$)

3. ผลการเปรียบเทียบความเสี่ยงและการเกิดแผลกดทับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนน Braden Scale ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม ($n = 30$)

ระยะเวลา	M	SD	t	p-value
ก่อนการใช้นวัตกรรม	14.32	2.41		
หลังการใช้นวัตกรรม	17.85	2.16	7.91	<0.001

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการใช้นวัตกรรม ผู้ป่วยมีคะแนน Braden Scale เฉลี่ย 14.32 คะแนน ($SD = 2.41$) และหลังการใช้นวัตกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 17.85 คะแนน ($SD = 2.16$) ซึ่งสูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนน Braden Scale หลังการใช้นวัตกรรมสูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.91$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้ค่า Cohen's d พบว่ามีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen's $d = 1.54$)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนน Braden Scale รายด้านก่อนและหลังการใช้ที่นอนลงจากถุงน้ำยาล้างไต (n = 30)

ด้านการประเมิน	ก่อนใช้ (M ± SD)	หลังใช้ (M ± SD)	t	p-value
การรับรู้ความรู้สึก (Sensory perception)	2.63 ± 0.67	3.17 ± 0.59	3.42	0.002
ความชื้นของผิวหนัง (Moisture)	2.45 ± 0.73	3.10 ± 0.62	4.18	< 0.001
การทำกิจกรรม (Activity)	1.87 ± 0.56	2.43 ± 0.61	3.76	0.001
การเคลื่อนไหว (Mobility)	2.10 ± 0.63	2.86 ± 0.57	4.64	< 0.001
ภาวะโภชนาการ (Nutrition)	2.75 ± 0.68	3.21 ± 0.60	2.98	0.006
แรงเสียดทาน/แรงเฉือน (Friction and shear)	2.52 ± 0.59	3.08 ± 0.54	3.21	0.003

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนน Braden Scale หลังการใช้วัสดรมีแนวโน้มดีขึ้นในทุกด้าน และเมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกมิติ โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัด ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (Mobility) และด้านความชื้นของผิวหนัง (Moisture) ซึ่งมีค่า $p < 0.001$ ทั้งสองด้าน

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้ที่นอนลงจากถุงน้ำยาล้างไต (McNemar test) (n = 30)

สถานะการเกิดแผลกดทับ	ก่อนใช้ จำนวน (ร้อยละ)	หลังใช้ จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีแผลกดทับ	18 (60.00)	27 (90.00)
มีแผลกดทับ	12 (40.00)	3 (10.00)

McNemar $\chi^2 = 6.75$, p-value=0.009

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการใช้วัสดรมีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ขณะที่ผู้ป่วยจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00 ไม่เกิดแผลกดทับ ภายหลังการใช้วัสดรมีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับลดลงเหลือ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นเป็น 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วย McNemar test พบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับภายหลังการใช้วัสดรมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McNemar $\chi^2 = 6.75$, $p = 0.009$) นอกจากนี้ ยังพบว่า ตำแหน่งของแผลกดทับก่อนการใช้วัสดรมีพบมากที่สุดบริเวณก้นกบ (Sacrum) จำนวน 7 ราย รองลงมาคือบริเวณสะโพก (Hip) จำนวน 3 ราย และบริเวณส้นเท้า (Heel) จำนวน 2 ราย ภายหลังการใช้วัสดรมีพบผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับลดลงในทุกตำแหน่ง โดยเฉพาะบริเวณก้นกบซึ่งลดลงเหลือ 2 ราย และไม่พบแผลกดทับบริเวณส้นเท้า

การเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของแผลกดทับก่อนและหลังการใช้ที่นอนลงจากถุงน้ำยาล้างไต พบว่า ก่อนการใช้วัสดรมีผู้ป่วยจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00 ไม่มีแผลกดทับ ขณะที่ผู้ป่วยอีก 12 รายมีแผลกดทับในระดับต่าง ๆ โดยพบ Stage 1 มากที่สุด จำนวน 6 ราย รองลงมาคือ Stage 2 จำนวน 4 ราย และ Stage 3

จำนวน 2 ราย ภายหลังการใช้นวัตกรรม พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับเพิ่มขึ้นเป็น 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.00 ขณะที่ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทุกระดับลดลง และไม่พบผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ Stage 3 เลย

4. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้นวัตกรรม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้นวัตกรรมที่นอนหลับจากถุงนํ้ายาล้างไต (n = 30)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ
ความสะดวกในการใช้งาน	4.53	0.62	มากที่สุด
ความปลอดภัยในการใช้งาน	4.60	0.56	มากที่สุด
ความสามารถในการลดการเกิดแผลกดทับ	4.67	0.49	มากที่สุด
ความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย	4.58	0.57	มากที่สุด
การลดภาระของผู้ดูแลในการจัดท่า/พลิกตัว	4.71	0.46	มากที่สุด
ความคุ้มค่าของการใช้งาน	4.72	0.45	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.63	0.53	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมที่นอนหลับจากถุงนํ้ายาล้างไตโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.63, SD = 0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ารายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความคุ้มค่าของการใช้งาน (M = 4.72, SD = 0.45) รองลงมาคือ การลดภาระของผู้ดูแลในการจัดท่าหรือพลิกตัวผู้ป่วย (M = 4.71, SD = 0.46) และความสามารถในการลดการเกิดแผลกดทับ (M = 4.67, SD = 0.49)

5. ผลการลดปริมาณขยะทางการแพทย์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการใช้ถุงนํ้ายาล้างไตในการผลิตที่นอนหลับและการลดปริมาณขยะทางการแพทย์

รายการ	จำนวน
จำนวนที่นอนหลับที่ผลิตได้	30 ชิ้น
จำนวนถุงนํ้ายาล้างไตที่ใช้ทั้งหมด	1,200 ถุง
จำนวนถุงนํ้ายาล้างไตเฉลี่ยต่อที่นอน 1 ชิ้น	40 ถุง
น้ำหนักรวมของถุงนํ้ายาล้างไตที่นำกลับมาใช้	48.00 กิโลกรัม

จากตารางที่ 5 พบว่า การผลิตที่นอนหลับสำหรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย สามารถผลิตที่นอนหลับได้รวม 30 ชิ้น โดยใช้ถุงนํ้ายาล้างไตจำนวนทั้งสิ้น 1,200 ถุง หรือเฉลี่ย 40 ถุงต่อที่นอน 1 ชิ้น และสามารถลดปริมาณขยะทางการแพทย์ได้รวม 48.00 กิโลกรัม

อภิปรายผล

สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

การพัฒนาวัตกรรมการนอนหลับจากถุงนํ้ายาล้างไต ผลการศึกษาพบว่านวัตกรรมที่นอนหลับจากถุงนํ้ายาล้างไตที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.60 แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมมีความเหมาะสมทั้งในด้านความแข็งแรงของวัสดุ ความปลอดภัยต่อผิวหนังผู้ป่วย ความสะดวกในการใช้

งาน และความเหมาะสมต่อการใช้ในบริบทของชุมชน ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการนำวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้แล้วกลับมาใช้ประโยชน์สามารถพัฒนาเป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนที่มีทรัพยากรด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์จำกัด แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการจัดการระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) นอกจากนี้ การนำถุงน้ำยาล้างไตมาใช้ในการผลิตที่นอนลมยังสอดคล้องกับแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) ซึ่งเน้นการนำทรัพยากรที่มีอยู่กลับมาใช้ซ้ำเพื่อลดปริมาณของเสียในระบบบริการสุขภาพ ซึ่ง Kumar et al. (2020) ได้อธิบายว่าการนำวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้แล้วกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่สามารถช่วยลดปริมาณขยะทางการแพทย์และส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ในเชิงกลไกทางชีวกลศาสตร์ นวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตมีลักษณะเป็นช่องลม (air cell structure) ซึ่งช่วยเพิ่มพื้นที่สัมผัสระหว่างร่างกายผู้ป่วยกับพื้นผิวที่นอน ส่งผลให้แรงกดทับต่อหน่วยพื้นที่ (interface pressure) ลดลง และสามารถช่วยกระจายแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลักการดังกล่าวเป็นกลไกเดียวกับที่ใช้ในที่นอนลมทางการแพทย์ทั่วไป แม้ว่าวัสดุที่ใช้จะมีต้นทุนต่ำกว่า ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปวิวรรต ปริมาเยตา และคณะ (2559) ซึ่งได้พัฒนานวัตกรรมชุดที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก พบว่านวัตกรรมดังกล่าวสามารถช่วยกระจายแรงกดทับและลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลของนวัตกรรมต่อความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ผลการศึกษพบว่า คะแนน Braden Scale หลังการใช้ นวัตกรรมสูงกว่าก่อนการใช้ นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าที่นอนลมช่วยกระจายแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูกของผู้ป่วย ทำให้แรงกดที่กระทำต่อเนื้อเยื่อลดลง ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณผิวหนังดีขึ้น ซึ่งช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือด อันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดแผลกดทับ ในเชิงกลไกทางชีวกลศาสตร์ นวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตช่วยเพิ่มพื้นที่สัมผัสระหว่างร่างกายผู้ป่วยกับพื้นผิวที่นอน ส่งผลให้แรงกดทับต่อหน่วยพื้นที่ (interface pressure) ลดลง เมื่อแรงกดดังกล่าวลดลงต่ำกว่าความดันปิดของเส้นเลือดฝอย ซึ่งโดยทั่วไปอยู่ที่ประมาณ 32 mmHg จะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดยังคงดำเนินได้อย่างเพียงพอ จึงลดความเสี่ยงต่อการเกิดเนื้อเยื่อขาดเลือดและแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางของ National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP, 2021) ซึ่งระบุว่าการใช้พื้นผิวรองรับแรงกด (pressure-relieving surfaces) เช่น ที่นอนลมหรืออุปกรณ์กระจายแรงกด เป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ในขณะเดียวกัน Gillespie และคณะ (2020) ยังได้รายงานว่าการใช้มาตรการป้องกันแผลกดทับที่เหมาะสมร่วมกับการใช้พื้นผิวกระจายแรงกดสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลของนวัตกรรมต่อการเกิดแผลกดทับ ผลการศึกษพบว่าหลังการใช้ นวัตกรรม จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับลดลงจากร้อยละ 40.00 เหลือร้อยละ 10.00 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นวัตกรรมดังกล่าวสามารถช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การลดลงของอัตราการเกิดแผลกดทับดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิผลของนวัตกรรมในเชิงปฏิบัติ (clinical effectiveness) อย่างชัดเจน โดยเป็นผลต่อเนื่องจากการลดแรงกดทับและการกระจายแรงอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยลดระยะเวลาที่เนื้อเยื่อได้รับแรงกดต่อเนื่อง จึงลดโอกาสการเกิดเนื้อเยื่อขาดเลือดและการเกิดแผลใหม่ ในเชิงกลไกทางกายภาพ (biomechanics) ที่

นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตมีลักษณะเป็นช่องลมที่สามารถปรับตัวตามสรีระของผู้ป่วย ทำให้เพิ่มพื้นที่สัมผัสระหว่างร่างกายกับพื้นผิวที่นอน ส่งผลให้แรงกดทับต่อหน่วยพื้นที่ (interface pressure) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อแรงกดทับลดลงจนต่ำกว่าค่าความดันปิดของเส้นเลือดฝอย (capillary closing pressure) ซึ่งโดยทั่วไปอยู่ที่ประมาณ 32 mmHg จะช่วยให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณผิวหนังยังคงดำเนินได้ตามปกติ ลดการเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (tissue ischemia) และป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ โครงสร้างของวัสดุจากถุงน้ำยาล้างไตยังมีคุณสมบัติยืดหยุ่นและสามารถกระจายแรงกดทับได้หลายทิศทาง (multi-directional pressure redistribution) ซึ่งมีลักษณะการทำงานใกล้เคียงกับที่นอนลมเชิงพาณิชย์ ส่งผลให้แรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ก้น กบ สะโพก และส้นเท้า ลดลงอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันแผลกดทับตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่าแรงกดทับบริเวณผิวหนังเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (จุฬารพร ประสงค์ และคณะ, 2559) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร ดองโพธิ์ (2562) ซึ่งพบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณ มกราริมย์ และอันธิกา คระวานิช (2563) ซึ่งรายงานว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการป้องกันแผลกดทับสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้นวัตกรรม ผลการศึกษพบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านวัตกรรมดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลและช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ สามารถอธิบายได้ว่าที่นอนลมช่วยลดแรงกดทับและช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้สะดวกมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความกังวลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย โดยเฉพาะในประเด็นด้านการลดภาระในการจัดทำหรือพลิกตัวผู้ป่วย ซึ่งมีคะแนนความพึงพอใจสูงมาก ($M = 4.71$) สะท้อนให้เห็นว่านวัตกรรมสามารถช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและการจัดทำหรือพลิกตัวให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยได้ การลดภาระของผู้ดูแลดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว การมีนวัตกรรมที่ช่วยสนับสนุนการดูแลจึงส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนที่เน้นบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสำคัญ โดยเฉพาะในสังคมผู้สูงอายุที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

การลดปริมาณขยะทางการแพทย์ ผลการศึกษพบว่าการผลิตที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตจำนวน 30 ชิ้น ใช้ถุงน้ำยาล้างไตจำนวน 1,200 ถุง และสามารถลดปริมาณขยะทางการแพทย์ได้รวม 48.00 กิโลกรัม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของการนำวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้แล้วกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการของเสียทางการแพทย์ที่เน้นการลด การนำกลับมาใช้ใหม่ และการรีไซเคิล เพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Kumar et al., 2020) นอกจากนี้ การนำถุงน้ำยาล้างไตกลับมาใช้ยังสะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มมูลค่าของทรัพยากรที่มีอยู่และลดของเสียในระบบบริการสุขภาพ ในขณะเดียวกัน การลดอัตราการเกิดแผลกดทับที่พบในงานวิจัยนี้ยังสะท้อนถึงบทบาทของนวัตกรรมในการส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย และสนับสนุนการดูแล

ผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้น การพัฒนาวัตกรรมการนอนหลับจากถุงน้ำยาล้างไตจึงมีความสำคัญทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และการลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าวัตกรรมการนอนหลับจากถุงน้ำยาล้างไตสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิสามารถนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในเชิงนโยบาย ควรมีการส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนาระบบหรือกลไกสนับสนุนการผลิต ซ่อมบำรุง และพัฒนาวัตกรรมการดูแลสุขภาพที่ สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ เช่น ถุงน้ำยาล้างไต เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ การนำถุงน้ำยาล้างไตกลับมาใช้ประโยชน์ยังช่วยลดปริมาณขยะทางการแพทย์ และส่งเสริมการใช้ ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและยั่งยืน ผลการศึกษานี้จึงสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาวัตกรรมการดูแลสุขภาพ การจัดการ ขยะทางการแพทย์ตั้งแต่ต้นทาง และการเสริมสร้างศักยภาพของระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้การพัฒนาวัตกรรมการศึกษาด้านการป้องกันแผลกดทับมีความครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ ประโยชน์ได้มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และศึกษาในพื้นที่หรือบริบทที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มความ น่าเชื่อถือและความสามารถในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง
2. ควรศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรมในระยะยาว เช่น การติดตามผลการใช้งานต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3-6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของนวัตกรรมและผลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในระยะยาว
3. ควรพัฒนารูปแบบของนวัตกรรมให้มีความหลากหลายและเหมาะสมกับผู้ป่วยในกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยที่เข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มโอกาสใน การนำไปใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาไต. สำนักบริหารการ สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- จุฬาร พรประสิทธิ์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ และเยาวรัตน์ ม่วงเงิน. (2559). การดูแลแผล: หลักฐานเชิงประจักษ์และ ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ (พิมพ์ครั้งที่ 1). พี.เอ.อี.อี.
- ปวีรรต ปรีมายะตา, นันทชัย วิบูลชัย, อนุม วงษาไฮ และวรลักษณ์ วรามิตร. (2559). การวิจัยและพัฒนาวัตกรรมการ ชุดที่นอนหลับจากถุงน้ำยาล้างไตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการดัดงอหน้าแข้ง ที่ขา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26(3), 104-117.

- ประภาพร ดองโพธิ์. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 19(3), 315–323.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนทรี ทองคำ, รุ่งนภา ขจีรัตน์ และประเสริฐ จิราภรณ์. (2565). การลดแผลกดทับด้วยการใช้ที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไตที่รีไซเคิล. *วารสารพยาบาลไทย*, 34(2), 45–54.
- อรนุช มกรภิรมย์ และอันธิกา คระวานิช. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด. *วารสารกองการพยาบาล*, 47, 139–152.
- Demarre, L., Vanderwee, K., Defloor, T., Verhaeghe, S., Schoonhoven, L., & Beeckman, D. (2015). The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1754–1774. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.006>
- Gillespie, B. M., Walker, R. M., Latimer, S. L., Thalib, L., Whitty, J. A., McInnes, E., Chaboyer, W., & Bucknall, T. (2020). Prevention of pressure injuries in critically ill patients: A randomized trial. *JAMA Dermatology*, 156(9), 1051–1056. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.2469>
- Kumar, R., Verma, S., & Singh, P. (2020). Medical waste management and circular economy: A study on the reuse of dialysis bags. *Journal of Environmental Management*, 255, 109887. <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2019.109887>
- National Pressure Injury Advisory Panel. (2021). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries*. <https://www.npiap.com>

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7600

