

วารสารสมาคมนวัตกรรม การพยาบาลและสุขภาพ

Nursing Innovation
and Health Association Journal

ISSN 3088-2184 (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 (2025) กันยายน - ธันวาคม 2568

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
Nursing Innovation and Health Association Journal
ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ และนวัตกรรม ให้กับนักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ทางวิชาการและนวัตกรรมด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถขึ้นและเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาวิชาชีพ สังคม และประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางและสร้างความร่วมมือทางวิชาการระหว่างนักศึกษา อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ นักนวัตกรรม ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

อาคาร 6 ชั้น 10 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

15 ถนนกาญจนาภิเษย์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์ 082-4282586

E – mail: nihha2024@gmail.com

Website: <https://ni-ha.org/home/>

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
Nursing Innovation and Health Association Journal
ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	สังกัด
รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย นายกสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ	ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	รองศาสตราจารย์ ดร.ผจศิลป์ เพ็งมาก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทร์วิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	รองศาสตราจารย์ นพ.พิทยาพล ปัตถวิชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยมะลิ	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัย ทักษิณ
กองจัดการ	รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัย ทักษิณ
อาจารย์ณัชชา สังข์บุญโญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทาว์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นางสาววัลลภศิริ ชูจิต สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โรชนี อุปรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
นายไกรวุฒิ ศรีจันทร์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรดา คำมะতিชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร สิงห์วีธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	อาจารย์ ดร.จตุรรัตน์ รอดเนียม	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
	อาจารย์ ดร.พ.ท.เสถียรพงษ์ ภูผา	คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	อาจารย์ ดร.วรารณ ยศทวี Mr. Geoffrey Cox	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
	กำหนดออก	ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ
	ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้	
	ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน	
	ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม	
	ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม	
	เจ้าของ	
	สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ	

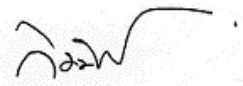
วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่าน ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer – review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

สมาชิกวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพทุกท่าน ยุคปัจจุบันที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และความต้องการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น วงการพยาบาลและสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างสรรค์แนวทางใหม่ ๆ ที่ตอบสนองต่อความท้าทายในศตวรรษที่ 21

ด้วยเหตุนี้ สมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพจึงได้จัดทำ วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ ซึ่งวารสารฉบับนี้นับเป็นก้าวแรกของการสร้างพื้นที่ทางวิชาการ เพื่อเป็นเวทีสำหรับแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ เผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ ทางการพยาบาลและสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และนำสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศอย่างยั่งยืน โดย ฉบับที่ 2 มีบทความจำนวน 5 เรื่อง ทั้งหมดผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง และให้คำแนะนำอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสถาบันจำนวน 3 คนต่อบทความ

ทางกองบรรณาธิการวารสารมีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพและส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการ เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

สารบัญ

บทความวิจัย :

- e6627 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
The Relationship Between Health Belief Patterns and Cervical Cancer Screening Among Women Aged 30–60 at Ban Pien Subdistrict Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province
วยุดา ถวาย
- e7135 การประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
Evaluation of the FAST Model for Intensive Rehabilitation at Thanyarak Pattani Hospital
ธัญญาภรณ์ อุปมัยรัตน์, รูไชตะ เจ๊ะเต็ง, วาสนา โชติกุลรัตน์
- e7315 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย HIV/AIDS โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Effectiveness of Self-Management Program Combined with Pharmacist Care on Antiretroviral Medication Among HIV/AIDS Patients at Ban Na San Hospital, Surat Thani Province
วิริยะกิจ ศรีสวัสดิ์
- e7473 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
Factors Influencing the Decision-Making Process for Utilizing Denture Services Among Elderly Patients at Paphayom Hospital, Phatthalung Province
วลัน จันแดง
- e7629 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 11
Factors Related to Dental Service Provision in Primary Care Units in Health Region 11
พรพรรณ ตั้ววงศ์

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ
จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Relationship Between Health Belief Patterns and Cervical Cancer Screening
Among Women Aged 30–60 at Ban Pien Subdistrict Health Promoting Hospital,
Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province

วยุดา ถวาย^{1*}

Wayuda Tawai^{1*}

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน จังหวัดนครศรีธรรมราช

¹Ban Pien Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: September 17, 2025; Revised: October 19, 2025; Accepted: November 14, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีเพื่อศึกษา 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มละ 145 คน รวม 290 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงคระหว่าง .67 – 1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสมการถดถอยโลจิสติกหาค่าความสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.72) สำหรับด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.83, 73.45 และ 59.31)

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสตรีมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับสูงจะมีโอกาสที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 1.74 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปานกลาง ($OR = 1.74, 95\%CI = 1.08-2.80$)

ข้อเสนอแนะ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราชสามารถนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์และสร้างโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองที่เน้นการลดและจัดการอุปสรรคเพื่อให้สตรีมีความตระหนักและสามารถเอาชนะอุปสรรคในการการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 30 – 60 ปี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wayuda2529@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to investigate: 1) the health beliefs patterns regarding cervical cancer screening, and 2) the relationship between health belief patterns and cervical cancer screening behavior among women aged 30–60 years. The sample consisted of two groups: women who had undergone had undergone cervical cancer screening and those who had not, with 145 participants per group, totaling 290 women. The research instrument was a questionnaire; validated by three experts, with an index of Item-objective congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression. The research findings were as follows:

1. The perceived benefits of cervical cancer screening were mostly at a high level (71.72%). As for perceived susceptibility to cervical cancer, perceived severity of the disease, and perceived barriers to screening, these were mostly at a moderate level (54.83%, 73.45%, and 59.31%, respectively).

2. The health belief pattern concerning perceived barriers was significantly related to participation in cervical cancer screening among women aged 30–60 years in the area of Ban Pian Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province, at a statistical significance level of .05. Women with a high level of perceived barriers to cervical cancer screening were 1.74 times more likely to undergo screening compared to those with a moderate level ($OR = 1.74$, 95%CI = 1.08-2.80).

Recommendations: Pien Health Promoting Hospital in Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province, can apply the study findings to analyze and develop a screening promotion program that focuses on reducing and managing barriers, in order to raise awareness and overcome obstacles related to cervical cancer screening.

Keywords: Health Belief Model, Cervical Cancer Screening, Women Aged 30–60 years

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบมากในสตรี โดยแต่ละปีมีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมากกว่า 600,000 ราย และเสียชีวิตประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส (Human Papillomavirus; HPV) (World Health Organization; WHO, 2023) และจากการคาดการณ์ พบว่ามีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 604,127 คน จากปี ค.ศ. 2018 ซึ่งคิดเป็นอัตราการเกิดโรคประมาณ 15.6 ต่อแสนประชากร (WHO, 2020) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้รายงานข้อมูลพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ร้อยละ 13.8 เพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 11.1 ซึ่งพบมากในสตรีเป็นลำดับที่ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม กลุ่มอายุที่พบมากอยู่ในช่วง 30 - 60 ปี ในการลดอุบัติการณ์และอัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกจึงควรมีการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ให้มากที่สุด (WHO, 2014) ทั้งนี้ยังมีการคาดการณ์ไว้อีกว่า อีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2583) จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประมาณ 798,000 คน ในขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2563 จำนวนประมาณ 342,000 คน (International Agency for Research on Cancer; IARC, 2020) ฉะนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีมาตรการให้หน่วยบริการสาธารณสุขตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและฉีดวัคซีนป้องกัน HPV เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคนี้ มาตรการที่จะลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกภายในปี 2573 คือ 1) ฉีดวัคซีน HPV ให้กับสตรีอายุ 15 ปี

(2/13)

90% 2) การคัดกรองสตรีอายุ 35 - 45 ปี โดยใช้การทดสอบคัดกรองประสิทธิภาพสูง และ 3) การตรวจหารอยโรคที่ปากมดลูกในสตรีที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ (Gynecologic Oncology, 2024)

Stretcher & Rosenstock (1997) ได้พัฒนาแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคพร้อมกับการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้นั้นจะต้องมีความเชื่อว่า โอกาสที่จะเกิดโรคหรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคนั้น ๆ ได้ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1) การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) จะส่งผลถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived Threat of Disease) 2) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร 1) ปัจจัยด้านจิตสังคม และ 2) ปัจจัยด้านโครงสร้าง นอกจากนี้ยังรวมถึงสิ่งชักนำหรือจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม (Cues to Action) ซึ่งปัจจัยร่วมเหล่านี้จะไม่มีผลโดยตรงแต่จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Likelihood of Action) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ตัวแปรที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สามารถใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อาทิ ณัฐธยาน์ ภิมรณสิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, พัชรี ตันศิริ และกิตติศักดิ์ หลวงพันทา, 2562; อรทัย วิเชียรปุ่น และวุฒิชัย จริยา, 2563; กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พองค์ และ ชัญญภาภักดิ์ วงษ์ชา, 2566; นปภา ทิพย์มงคล, 2566; ชลากร พรหมนิล, 2567 เป็นต้น

สถานการณ์การมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในปี พ.ศ.2566 สตรีอายุ 30 - 60 ปี มาตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear, VIA. และ HBV DNA Test ร้อยละ 58.09 และในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 79.67 ส่วนอำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในปี พ.ศ.2566 สตรีอายุ 30 - 60 ปี มาตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear, VIA. และ HBV DNA Test ร้อยละ 48.76 และในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 30.12 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2568) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ.2566 สตรีอายุ 30 - 60 ปี มาตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear, VIA. และ HBV DNA Test ร้อยละ 14.72 และในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 9.23 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน, 2568) ซึ่งจะเห็นว่าสตรีอายุ 30 - 60 ปี มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) และแนวโน้มไม่เป็นไปตามทิศทางของจังหวัดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช อาจจะมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ไม่ถูกต้อง จากข้อมูลดังที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีในประเทศไทยและทั่วโลก แต่อย่างไรก็ยังสามารถป้องกันและลดอัตราการป่วยตายได้ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จะมีแนวทางในการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่บรรลุเป้าหมาย แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ให้บริการจะมีการดำเนินการเพื่อให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่หากไม่ได้รับความร่วมมือจากสตรีกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ใช้กรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาหาความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี 30 - 60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้ ยังสามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายในการพัฒนางาน

(3/13)

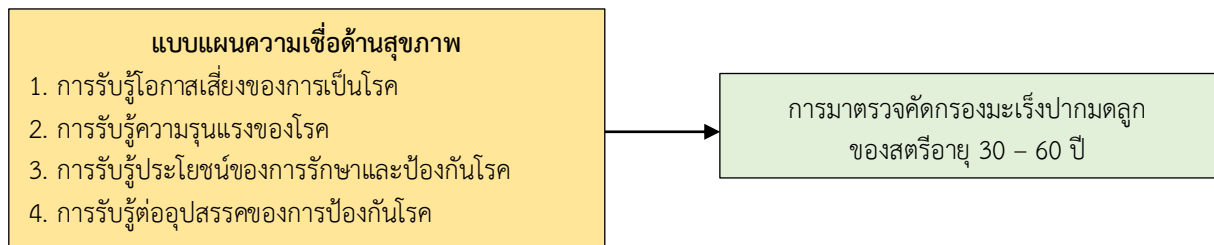
ในการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก นำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher & Rosenstock (1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังกรอบแนวคิดในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 856 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก Exact, Statistical test เลือก Correlation: Bivariate Normal Model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 5% จำนวน 7 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 145 คน ทั้งนี้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษา 2 กลุ่ม และเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เท่า ๆ กัน จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 145 คน รวม 290 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่อสตรีอายุ 30-60 ปี ของแต่ละหมู่บ้าน แยกเป็น 2 กลุ่ม มาเรียงลำดับตามบ้านเลขที่จากน้อยไปหามาก
2. คำนวณระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ $I = N/n$ ได้ระยะห่าง 5.9 หรือเท่ากับ 6
3. จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการสุ่มบ้านเลขที่ ที่เรียงลำดับจากน้อยไปหามากแล้ว 10 อันดับแรกของแต่ละหมู่บ้าน ทำเช่นเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม หยิบฉลากอย่างง่ายเพื่อหากลุ่มตัวอย่างรายแรกจากบ้านเลขที่ 10 อันดับแรก และนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมด 145 คน
4. สำหรับบ้านที่มีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ให้เรียงลำดับตามพยัญชนะของแต่ละบ้านนั้น

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นสตรีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 5 ปี ติดต่อกัน 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทย และ 3) ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของสเตทเชอร์และโรเซนสต็อก (Stretcher & Rosenstock, 1997) ซึ่งมีจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 39 ข้อ

โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert, 1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)

ส่วนที่ 3 การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ข้อ คือ การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเหตุผลในการมาตรวจและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และสถิติวิจัย จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้คำนวณความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง .67 - 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ ตำบลกรูชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach'alpha Coefficient) ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	เท่ากับ .84
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	เท่ากับ .83
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	เท่ากับ .94
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	เท่ากับ .72
ทั้งหมด	เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ ตำบลกรูชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2568 รายละเอียดดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึงประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ ตำบลกรูชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จัดส่งหนังสือด้วยตัวเองเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้แจกแบบสอบถาม
3. ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย
4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ ตำบลกรูชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีตัวแปรตาม คือ การเคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นชนิดเชิงนาม (Categorical Variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) จำแนกเป็นเคยไปตรวจ (1) และไม่เคยไปตรวจ (0) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) เพื่อพิจารณาเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ .25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า .05 ออก จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence Interval: 95%CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 หมายความว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี และในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 หมายความว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัยที่ 142/2568 รับรองตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 – 30 มิถุนายน 2569 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประมาณ 2 ใน 3 มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.56 และ 64.14) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ประมาณ 1 ใน 3 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 35.17) เกือบ 2 ใน 3 มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 63.45) ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้พอค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 51.72) เกือบ 3 ใน 4 เคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 73.10) โดยมีการตั้งครรภ์ที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 47.17) มากกว่าครึ่งมีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 51.72) โดยการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 34.67)

สำหรับสตรีที่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า เกือบครึ่งมีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี (ร้อยละ 48.97) เกือบ 4 ใน 5 มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 79.31) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ประมาณ 1 ใน 3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 33.10) เกือบ 2 ใน 3 มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 64.83) ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้พอค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 51.72) มากกว่า 4 ใน 5 เคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.66) โดยมีการตั้งครรภ์ที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 47.96) มากกว่าครึ่งมีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 53.10) โดยการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 48.05) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยไปตรวจ มีสาเหตุที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า 3 อันดับแรก คือ ไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 56.68) รองลงมาคือ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และอาย (ร้อยละ 20.28 และ 11.98) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เคยไปตรวจ พบว่าตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด (ร้อยละ 71.07) และสาเหตุที่ไม่ไปตรวจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ กลัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 22.39) รองลงมาคือ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และเจ้าหน้าที่บริการดี (ร้อยละ 19.34 และ 18.32) ตามลำดับ

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละระดับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 290)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		M	SD
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	131	45.67	159	54.83	0	0.00	3.66	0.30
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	77	26.55	213	73.45	0	0.00	3.51	0.25
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	208	71.72	82	28.28	0	0.00	3.85	0.36
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	118	40.69	172	59.31	0	0.00	3.58	0.34

จากตาราง 1 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.72) สำหรับด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.83, 73.45 และ 59.31) ตามลำดับ พิจารณาเป็นรายข้อได้ดังนี้

(7/13)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ($M = 4.23, SD = 0.63$) รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกควรได้รับการรักษาทุกคนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ($M = 3.94, SD = 0.71$) และโรคมะเร็งปากมดลูกหากตรวจพบในระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นจะทำให้การรักษายากขึ้น ($M = 3.92, SD = 0.62$) ตามลำดับ

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนอกจากจะช่วยค้นหาหามะเร็งแล้ว ยังสามารถตรวจดูความผิดปกติอื่น ๆ ของช่องคลอดได้ด้วย ($M = 4.09, SD = 0.64$) รองลงมาคือ วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ผลการตรวจถูกต้องและแม่นยำ ($M = 4.05, SD = 0.56$) และท่านสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้โดยการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี และการตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาตรวจไม่เกิน 20 นาที ($M = 4.02, SD = 0.90$ และ $M = 4.02, SD = 0.62$) ตามลำดับ

การรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ทำให้ผิดหลักของศาสนาที่ท่านนับถือ ($M = 4.15, SD = 0.69$) รองลงมาคือ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะหลังจากตรวจยังสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะหลังจากตรวจยังสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ($M = 4.06, SD = 0.69$) และสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี การตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาตรวจไม่เกิน 20 นาที ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบริการดี ($M = 4.05, SD = 0.80$) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ไม่เคยไปตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	เคยไปตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	OR (95%CI)	p-value	Adj.OR (95%CI)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก						
ระดับปานกลาง	78 (49.06)	81 (50.94)	Ref.	Ref.	-	-
ระดับสูง	67 (51.15)	64 (48.85)	0.92 (0.55-1.46)	0.72	-	-
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก						
ระดับปานกลาง	102 (47.89)	111 (52.11)	Ref.	Ref.	-	-
ระดับสูง	43 (55.84)	34 (44.16)	0.72 (0.43-1.23)	0.23	-	-
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
ระดับปานกลาง	48 (58.54)	34 (41.46)	Ref.	Ref.	-	-
ระดับสูง	97 (46.63)	111 (53.37)	1.61 (0.96-2.71)	0.07	-	-
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
ระดับปานกลาง	96 (55.81)	76 (44.19)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
ระดับสูง	49 (41.53)	69 (58.47)	1.78 (1.11-2.86)	0.02	1.74 (1.08-2.80)	0.02

จากตาราง 2 พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิกัด จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อสตรีอายุ 30 – 60 ปี มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับสูงจะมีโอกาสที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 1.78 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปานกลาง ($OR = 1.78, 95\%CI = 1.11-2.86$) และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) พบว่า เมื่อสตรีอายุ 30 – 60 ปี มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับสูงจะมีโอกาสที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 1.74 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปานกลาง ($OR = 1.74, 95\%CI = 1.08-2.80$)

การอภิปรายผล

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิกัด จังหวัดนครราชสีมา สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะเน้นการควบคุมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมากกว่าการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคได้ ซึ่งจะทำให้สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกสามารถเข้ารับการรักษารวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และการตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้มากขึ้น โดยผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงเป็น 3 อันดับแรก คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนอกจากจะช่วยค้นหาโรคได้ ยังสามารถตรวจดูความผิดปกติอื่น ๆ ของช่องคลอดได้ด้วย ($M = 4.09, SD = 0.64$) รองลงมาคือวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ผลการตรวจถูกต้องและแม่นยำ ($M = 4.05, SD = 0.56$) และท่านสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้โดยการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี และการตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาตรวจไม่เกิน 20 นาที ($M = 4.02, SD = 0.90$ และ $M = 4.02, SD = 0.62$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher & Rosenstock (1997) ที่กล่าวไว้ว่า การที่สตรีจะยอมรับและปฏิบัติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น เชื่อว่าผลที่ได้จะเป็นทางที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุด ซึ่งจะไม่ทำให้จะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และชญัญญภัค วงษ์ษา (2566) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของกุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับดี

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า สตรียังมีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสตรีอาจมีการรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นด้วยตัวฝ่ายหญิงเอง แต่ในความเป็นจริงโรคมะเร็งปากมดลูกฝ่ายชายหรือผู้เป็นสามียังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อเอชพีวี หรือ ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส (HPV or Human Papillomavirus) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักถึงปัจจัยทางอ้อม เช่น การสูบบุหรี่ การมีบุตรยาก ย่อมทำให้มีการรับรู้ว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง จึงส่งให้การรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ การรับประทานยาคุมกำเนิดนานหลายปี มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ($M = 3.22, SD = 0.68$) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่จะทำให้มีโอกาสมะเร็งปากมดลูกด้วย ($M = 3.11, SD = 0.92$) และการมีบุตรมากทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก ($M = 2.97, SD = 0.72$) ฉะนั้น การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นการคาดคะเนของสตรีต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกที่จะรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสได้ง่ายหรือยากเพียงใด สอดคล้องกับของกุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์ (2560) ที่พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับพอใช้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แตกต่างกับ

(9/13)

การศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พองค์ และชญัญญัก วังษ์ษา (2566) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะพื้นที่ ๆ ศึกษาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีความแตกต่างกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่า ในชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ไม่มีผู้ป่วยที่ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกและยังไม่เห็นอาการของผู้ป่วยที่ชัดเจน จึงทำให้สตรียังไม่มี การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมากนัก โดยผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ การป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้เป็นภาระครอบครัว เช่น มีค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา มีภาระคน ในครอบครัวที่ต้องดูแล เป็นต้น ($M = 3.20, SD = 0.98$) รองลงมาคือ โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบได้เมื่อมี อาการผิดปกติเกิดขึ้นแล้วเท่านั้น ($M = 3.18, SD = 0.95$) และผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เสียชีวิตทุกคน ($M = 2.72, SD = 0.77$) นั้นแสดงให้เห็นว่า สตรียังไม่มี ความตระหนักเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา ของอัสหะมะ กือนิ, อัสมะ แยนนา, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่, สมเกียรติยศ วรเดช และบุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2566) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางแตกต่างกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พองค์ และชญัญญัก วังษ์ษา (2566) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะพื้นที่ที่ศึกษา อยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีความแตกต่างกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของกุนนี พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับดี

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า สตรีที่ไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจาก 3 อันดับแรก คือ ไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 56.68) รองลงมาคือ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และอายุ (ร้อยละ 20.28 และ 11.98) ทั้งนี้สอดคล้องความคิดเห็นการรับรู้อุปสรรคใน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีค่าเฉลี่ยน้อย 3 อันดับแรก คือ การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เสียเวลา ($M = 2.02, SD = 0.81$) รองลงมาคือ ส่วนใหญ่ไม่กล้าไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวเจอ ความผิดปกติ ($M = 2.88, SD = 0.99$) และกังวลกับผลการตรวจถึงจะมีความลังเลในการที่จะไปรับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ($M = 3.31, SD = 1.05$) นั้นแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ที่คาดว่าจะอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของสตรีที่มีต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นไปใน ทิศทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของอัสหะมะ กือนิ, อัสมะ แยนนา, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่, สมเกียรติยศ วรเดช และ บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2566) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลางแตกต่างกับการศึกษาของกุนนี พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์ (2560) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษานี้พื้นที่อยู่ ในเขตเทศบาลซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับอำเภอนบพิตำ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จากผลการวิจัย พบว่า สตรีอายุ 30 – 60 ปี ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับสูงจะมีโอกาสที่จะ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ จากผลการวิจัยพบว่า มากกว่าครึ่งของสตรีที่มี การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูงเคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 58.47) ในขณะที่สตรีที่มีการรับรู้ อุปสรรคระดับปานกลางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.19) อธิบายได้ว่า ถึงแม้สตรี จะมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีอาการผิดปกติ กลัวเป็นโรค หรือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ไม่เพียงพอ แต่สตรียังไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่อยู่ในพื้นที่ ซึ่งมีความสะดวกและเห็นว่าเจ้าหน้าที่เป็นกันเองและให้บริการดี อีกประเด็นหนึ่งซึ่งอาจจะ เป็นไปได้ว่า จากนโยบายของรัฐบาลที่สนับสนุนให้สตรีเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อีกทั้งยัง รมรณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจ ทำให้กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมายรับรู้และตระหนักในความรุนแรงและความเสี่ยง และ พิจารณาแล้วว่าถึงแม้จะมีอุปสรรคอยู่ในระดับสูงแต่ยังคงไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษา ของณัฐยานัน ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, พชร ต้นศิริ และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทหา (2562) ที่พบว่า การรับรู้

(10/13)

อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกับมานะ เปาหุย, ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, ฐาปกรณ์ เรือนใจ (2568) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกับการศึกษาของชลกร พรหมนิล (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 83.87)

สำหรับการรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์ที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่า สตรีเชื่อว่าได้รับรู้ว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญ และสามารถที่จะลดความเสี่ยงของการเป็นโรครหากได้รับการคัดกรอง ซึ่งหากพบจะสามารถรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะเริ่มแรก ส่งผลต่อความตระหนักและเคยไปตรวจคัดกรอง ค้นหาโรคตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยไม่ต้องรอให้เกิดอาการขึ้นมา สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา สุขุขศรี และวิราสิริ วสีวิสิริ (2567) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกับการศึกษาของชลกร พรหมนิล (2567) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, พัทธี ตันศิริ และกิตติศักดิ์ หลวงพันทา (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สรุปผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ฉะนั้น การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้ามาพิจารณาในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรจะต้องประชาสัมพันธ์ให้สตรีอายุ 30 - 60 ปี เกิดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

การนำผลวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์และสร้างโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้สตรีมีความตระหนักเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อหารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

รายการอ้างอิง

- กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และชัยัญญักษ์ วงษ์ษา. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(2), 124-137.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม : แนวทางปฏิบัติที่สำคัญ*. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์. (2560). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไผ่เชิง จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 209-216.
- ชลกร พรหมนิล. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข*, 2(1), 79-96.

- ณัฐยานันท์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, พัชรีย์ ต้นศิริ และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 95-108.
- นปภา ทิพย์มิ่งมล. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 3(2), 1-12.
- มานะ เปาทุย, ศิวรักษ์ กิจชนะไพบุลย์, ธาปกรณ เรือนใจ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชุมชน*, 8(1), 55-67.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน. (2568). *ทะเบียนสตรีกลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนบพิตำ. นครศรีธรรมราช*
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *นิยามตัวชี้วัด 2566-2570 สาขามะเร็ง. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2568). *ข้อมูล HDC. จังหวัดนครศรีธรรมราช. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2568 จาก https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php*
- สุนิสา สุขชูศรี และวิราสิริ วลีวีร์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลกฤษณา อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารมหาลาภศาสตร์*, 15(1), 117-137.
- อรัญญ์ วิเชียรปุ่น และวุฒิชัย จริยา. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี อำเภอสามโก้ จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 250-258.
- อัสหม๊ะ กือนิ, อัสมะ แยนนา, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่, สมเกียรติยศ วรเดช และบุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(3), 27-39.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Gynecologic Oncology. (2024). Cervical Cancer in Thailand: 2023 update. *Obstetrics & Gynecology Science*, 67(3), 261-269.
- International Agency for Research on Cancer. (2020). *Cancer Tomorrow*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2568 จาก https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/trends?sexes=2&single_unit=50000&cancers=23&types=0.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitude. *Archives of Psychology*, 140, 1-55
- Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds). *Health behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (2nd ed., pp. 41-59). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice* 2nd ed. เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2568. จาก <https://apps.who.int/iris/handle/10665/144785>

World Health Organization. (2020). *Estimated Number of New Cases in 2020, World, Females, All Ages (excl. NMSC)*. เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568 จาก

https://gco.iarc.fr/today/onlineanalysistable?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1.

World Health Organization. (2023). *Cervical Cancer Elimination: The Progress Made and What More Needs to be done*. เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568 จาก

<https://www.weforum.org/stories/2023/11/cervical-cancer-elimination-day-2023-progress-action/>

การประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

Evaluation of the FAST Model for Intensive Rehabilitation at Thanyarak Pattani Hospital

ธัญญารักษ์ อูปมัยรัตน์^{1*}, รูไซเดะ เจ๊ะเต็ง¹, วาสนา โชติกุลรัตน์¹

Tanyaporn Aupamairat^{1*}, Rusaidah Jehdeng¹, Vassana Chotikulrat¹

¹โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ตำบลสุระมิแล อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

¹Thanyarak Pattani Hospital, Rusamilae, Mueang Pattani, Pattani

(Received: December 11, 2025; Revised: January 26, 2026; Accepted: March 20, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ และ 2) ประเมินข้อดีและข้อจำกัดของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 81 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร 10 คน ผู้ติดยาเสพติด 45 คน ทีมผู้บำบัด 12 คน และครอบครัวผู้ติดยาเสพติด 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบประเมิน ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .82 - .98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการประเมินตามกรอบ CIPP Model ในภาพรวมการดำเนินงานอยู่ในระดับมากทุกมิติ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านบริบท ($M = 4.44$, $SD = 0.57$) รองลงมา คือ ด้านผลลัพธ์ ($M = 4.32$, $SD = 0.74$) ด้านกระบวนการ ($M = 3.88$, $SD = 0.53$) และด้านปัจจัยนำเข้า ($M = 3.74$, $SD = 0.73$)

2. ข้อดีพบจุดแข็งสำคัญ คือ การดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวก และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้โดยไม่พึ่งพายาเสพติด สำหรับข้อจำกัด พบประเด็นที่ควรพัฒนา 3 ประการ ได้แก่ 1) บุคลากรบางส่วนยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม FAST Model โดยตรง 2) ขาดการทบทวนเกณฑ์การรับย้ายผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ

ฟื้นฟูที่ชัดเจน และ 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการบำบัดยังขาดความต่อเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปปรับปรุงโครงสร้างตามองค์ประกอบของรูปแบบ FAST Model โดยเฉพาะการกำหนดสมรรถนะและคุณสมบัติของบุคลากรให้ชัดเจน พร้อมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อให้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

คำสำคัญ: การประเมินผลโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nongna2550@gmail.com)

Abstract

This evaluation research aimed to: (1) assess the context, inputs, processes, and outcomes, and (2) evaluate the strengths and limitations of the FAST Model implemented at Thanyarak Pattani Hospital. A total of 81 participants were included, comprising 10 administrators, 45 patients with substance use disorders, 12 rehabilitation team members, and 14 family caregivers. The research instruments consisted of questionnaires and assessment forms, which were validated by three experts, yielding Cronbach's alpha coefficients ranging from .82 to .98. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, as well as content analysis. The findings revealed that

1. Overall, the implementation of the FAST Model was rated at a high level across all CIPP dimensions. The highest mean score was observed in the context dimension ($M = 4.44$, $SD = 0.57$), followed by outcomes ($M = 4.32$, $SD = 0.74$), processes ($M = 3.88$, $SD = 0.53$), and inputs ($M = 3.74$, $SD = 0.73$).

2. Key strengths included holistic care delivered by a multidisciplinary team with specialized expertise and a supportive learning environment, which contributed to positive behavioral changes and enabled patients to reintegrate into society without substance dependence and several limitations were identified: (1) some staff members had not received formal training in the FAST Model, (2) a lack of clear criteria for patient admission into the rehabilitation program, and (3) inconsistent family participation in the treatment process due to time constraints.

It is recommended that the hospital utilize the findings to refine the FAST Model's framework. Additionally, strengthening support systems is crucial for promoting sustained family involvement.

Keywords: Program Evaluation, Intensive Rehabilitation, FAST Model, Thanyarak Pattani Hospital

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อมนุษยชาติทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศ โดยองค์การสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกมากกว่า 275 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 299 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573 สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการแพร่ระบาดของปัญหาที่ยังคงทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ยาเสพติดยังคงอยู่ในระดับรุนแรง โดยในปี 2565 พบคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด จำนวน 258,629 คดี และมีผู้ต้องหาสูงถึง 266,726 คน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาระของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและความมั่นคงของสังคมไทยอย่างชัดเจน นอกจากนี้ข้อมูลจากสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2567) ระบุว่าในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดเฉลี่ยมากกว่า 50,000 คนต่อปี โดยส่วนใหญ่เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สะท้อนให้เห็นว่าปัญหา ยาเสพติดยังคงต้องการมาตรการดูแล ฟื้นฟู และการป้องกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม หากผู้เสพหรือ ผู้ติดยาเสพติดไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ปัญหาดังกล่าวอาจนำไปสู่การกลับไปเสพยาซ้ำ ปัญหาสุขภาพจิต และพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และสังคมในระยะยาว

การแก้ไขปัญหายาเสพติดจำเป็นต้องอาศัยการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (สถาบันธัญญารักษ์, 2546) หลักคือ 1) ขั้นเตรียมการก่อนรักษา เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความสำคัญของการบำบัดรักษา 2) ขั้นบำบัดด้วยยาใช้เวลา 7-14 วัน เป็นการบำบัดด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการถอนพิษยาและส่งเสริมให้เกิดความสุขสบายในช่วงที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากของการหยุดใช้ยาเสพติด 3) ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเป็นขั้นตอนที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้ และเข้าใจปัญหาและความต้องการของตนเองเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงบวก และลดโอกาสของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 4 เดือน และ 4) ขั้นติดตามหลังการรักษา เป็นการดูแลต่อเนื่องเพื่อคงพฤติกรรมหยุดยาเสพติดเป็นระยะเวลา 1 ปี

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีได้นำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ครอบครัว (Family) โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดจนกระทั่งจำหน่าย 2) กิจกรรมทางเลือก (Alternative treatment) ผ่านการจัดกิจกรรมทางเลือกที่เหมาะสม 3) การเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self help) เพื่อเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการเลิกยาเสพติด และ 4) กระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบริบทของกลุ่มสังคม รูปแบบ FAST Model ได้รับการพัฒนาเพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ยาเสพติด และลดระยะเวลาบำบัดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดแบบ FAST Model มีจุดเด่น ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และผู้ผ่านการบำบัดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ เช่น การมีงานทำ หรือศึกษาต่อ ร้อยละ 75 (ราตรี หุ่นดี และคณะ, 2549) อย่างไรก็ตาม จากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2566 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่จำหน่ายครบตามเกณฑ์และได้รับการติดตาม 4 ครั้งใน 1 ปี โดยไม่กลับไปเสพซ้ำ ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย ≥ 50) โดยมีผลลัพธ์เท่ากับร้อยละ 42.25 และ 43.12 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการประเมินผลรูปแบบ FAST Model อย่างเป็นระบบเพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมและนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกรอบแนวคิด CIPP Model (Stufflebeam, 2003) มาใช้ในการประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมของบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของการบำบัด ตลอดจนเพื่อระบุปัญหา อุปสรรค จุดเด่น และโอกาสในการพัฒนารูปแบบการบำบัดให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษาคาดว่าจะ成为ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพัฒนานโยบายด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
2. เพื่อประเมินข้อดีและข้อจำกัดของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินแบบชิปปโมเดล (CIPP Model) ของ Stufflebeam (2003) เป็นกรอบในการประเมินการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลลัพธ์ (Product) โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เพื่อสะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างระบบการดูแล กระบวนการบำบัด และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

การประเมินด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าเน้นการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความจำเป็น ทรัพยากร และความพร้อมของระบบบริการ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของ FAST Model ขณะที่การประเมินด้านกระบวนการมุ่งประเมินความเหมาะสมและความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูเชิงจิตสังคมตามแนวทาง FAST Model ส่วนการประเมินด้านผลลัพธ์สะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมของผู้ป่วย ทั้งนี้ การบูรณาการ CIPP Model กับ FAST Model ช่วยให้การวิจัยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างกรอบการประเมิน ตัวแปรที่ศึกษา และผลลัพธ์ของการวิจัยได้อย่างเป็นระบบ และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานรูปแบบ FAST Model จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ป่วยยาเสพติด ทีมผู้บำบัด และครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด รวมจำนวนทั้งสิ้น 81 คน

1. กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้บริหารในโครงสร้างองค์กรและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด เป็นเพศชาย อายุ 18 - 55 ปี ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วย ในตามรูปแบบ FAST Model เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่า effect size เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการทดสอบ .95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน

3. กลุ่มทีมผู้บำบัด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 12 คน โดยมีคุณสมบัติเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

4. กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 14 คน โดยเป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุดตามกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ชุดที่ 1 สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ซึ่งดัดแปลงจากกรอบธรรม ศรีสองเมือง (2558) 3) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) และ 4) แบบสอบถามปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ทั้งหมดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยกำหนด คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ($M = 1.00 - 2.33$) ระดับปานกลาง ($M = 2.34 - 3.67$) และระดับมาก ($M = 3.68 - 5.00$) ใช้ประเมินด้านบริบทและปัจจัยนำเข้า (Context and Input)

(4/13)

2. ชุดที่ 2 สำหรับผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) และข้อเสนอแนะ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ติดยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนด คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ($M = 1.00 - 2.33$) ระดับปานกลาง ($M = 2.34 - 3.67$) และระดับมาก ($M = 3.68 - 5.00$) 4) แบบประเมินความสามารถและความพร้อมของผู้บำบัดซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และ 5) แบบรายงานการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนด คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ($M = 1.00 - 2.33$) ระดับปานกลาง ($M = 2.34 - 3.67$) และระดับมาก ($M = 3.68 - 5.00$) ใช้ประเมินด้านกระบวนการและผลลัพธ์ (Process and Product)

3. ชุดที่ 3 สำหรับทีมผู้บำบัด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของอรพรรณ ลิ้มพันธ์ (2547) และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของมัทธรา ฮะ และคณะ (2558) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนด คะแนน 3 หมายถึง มาก และ 1 หมายถึง น้อย การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับน้อย ($M = 1.00 - 1.66$) ระดับปานกลาง ($M = 1.67 - 2.32$) และระดับมาก ($M = 2.33 - 3.00$) ใช้ประเมินด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดำเนินงาน (Input and Process)

4. ชุดที่ 4 สำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ติดยาเสพติดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนด คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ($M = 1.00 - 2.33$) ระดับปานกลาง ($M = 2.34 - 3.67$) และระดับมาก ($M = 3.68 - 5.00$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางด้านยาเสพติดมากกว่า 5 ปี จำนวน 2 ท่าน และ 2) อาจารย์ผู้ความเชี่ยวชาญด้านการประเมินผล 1 ท่าน ผลดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล CVI = .83

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ติดยาเสพติด CVI = .90

ชุดที่ 3 สำหรับทีมผู้บำบัด CVI = 1.00

ชุดที่ 4 สำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติด CVI = .89

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ติดยาเสพติด จำนวน 12 คน ครอบครัวผู้ติดยาเสพติดจำนวน 10 คน ผู้บริหารจำนวน 10 คน ผู้บำบัดจำนวน 10 คน ซึ่งทำการทดลองใช้เครื่องมือคนละช่วงเวลากับการทดลองจริง เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล = .82

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ติดยาเสพติด = .98

ชุดที่ 3 สำหรับทีมผู้บำบัด = .98

ชุดที่ 4 สำหรับครอบครัวผู้ติดยาเสพติด = .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย 1 ปี โดยมีการจัดกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของเครื่องมือประเมินให้แก่ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายโดยจำแนกการเก็บข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่มหลักตามกรอบแนวคิดการประเมิน ดังนี้

2.1 ผู้บริหารโรงพยาบาล เก็บข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการประเมินรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ตามกรอบแนวคิด CIPP Model ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท เช่น สถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่ ด้านปัจจัยนำเข้า เช่น ด้านกำลังคน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ ด้านกระบวนการ (Process) เช่น วิธีการดำเนินงานการประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ปัญหาอุปสรรคและด้านผลลัพธ์ เช่น ผลการติดตามหลังครบบำบัด ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษา

2.2 ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เก็บข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมและความพึงพอใจ ดำเนินการจัดเก็บข้อมูล 2 ระยะ คือ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) และแบบสอบถามความคิดเห็น ประเมินการดำเนินงานของทีมผู้บำบัด โดยจัดเก็บข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการบำบัด

2.3 ทีมผู้บำบัด เก็บข้อมูลจากแบบประเมินการใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการติดตามการคงอยู่ในระบบบำบัดต่อเนื่องของผู้ติดยาเสพติดหลังผ่านการบำบัดเป็นเวลา 3 เดือน

2.4 ผู้ดูแลที่เป็นญาติสายตรง/ผู้ที่ให้การดูแลโดยตรง เก็บข้อมูลภายหลังได้รับการบำบัดรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) โดยการเก็บข้อมูลจากแบบประเมินความพึงพอใจครอบครัวผู้ติดยาเสพติด

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบประเมินทุกฉบับ ก่อนนำข้อมูลที่ต้องสมบูรณ์ไปประมวลผลและวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค จุดเด่น และข้อเสนอแนะ

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เลขที่รับรอง 006/2566 รับรองวันที่ 12 มกราคม 2566 – 11 มกราคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น การเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบในด้านลบหรือก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 81 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุเฉลี่ย 47.50 ปี (ต่ำสุด 34 ปี และ สูงสุด 55 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 75 ระยะเวลาในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบันเฉลี่ย 5.9 ปี (ต่ำสุด 1.9 ปี สูงสุด 9.2 ปี) ประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติดเฉลี่ย 11.9 ปี (ต่ำสุด 8 ปี สูงสุด 17.6 ปี)

1.2 กลุ่มผู้ติดยาเสพติด มีอายุเฉลี่ย 31.5 ปี (ต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 44 ปี) สถานภาพโสด ร้อยละ 60.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา ร้อยละ 56.5 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 43.5 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 71.7 ยาเสพติดตัวหลักที่ใช้ คือ ยาบ้า ร้อยละ 43.5 ระยะเวลาที่เสพยาเสพติดเฉลี่ย 11.9 ปี (ต่ำสุด 2.0 ปี สูงสุด 29.0 ปี) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ร้อยละ 76.1

1.3 กลุ่มทีมผู้บำบัด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 40.9 ปี (ต่ำสุด 27 ปี สูงสุด 56 ปี) สถานภาพโสด ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 91.7 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 66.7 ไม่ผ่านการอบรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เรียนรู้จากเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 66.7 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 18.58 ปี (ต่ำสุด 7 ปี สูงสุด 17.50 ปี) และประสบการณ์ในการดูแลผู้ใช้และยาเสพติดเฉลี่ย 11.3 ปี (ต่ำสุด 4 ปี สูงสุด 9.5 ปี)

1.4 กลุ่มครอบครัวผู้ติดยาเสพติด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 มีอายุเฉลี่ย 41.1 ปี (ต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 61 ปี) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 28.6 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 28.6 ลักษณะครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก ร้อยละ 50 รายได้ของครอบครัว 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 28.6 มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 64.3

2. การประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานีตามรูปแบบชิป ดังนี้

2.1 ด้านบริบท (Context)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับด้านบริบทในกลุ่มผู้บริหาร (n = 10)

การประเมินด้านบริบท	M	SD	ระดับ
1. มีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)	4.75	0.50	มาก
2. เป้าหมายการดำเนินงานของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีความสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดใน จ.ปัตตานี	4.00	0.816	มาก
3. มีการประชาสัมพันธ์การดำเนินการ	4.50	0.577	มาก
4. การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบายเกี่ยวกับแก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัดปัตตานี	4.50	0.577	มาก
รวม	4.44	0.57	มาก

จากตารางพบว่า ผลการประเมินด้านบริบท ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.44, SD = 0.57$) โดยด้านนโยบายด้านการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.75, SD = 0.50$) และด้านการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบายเกี่ยวกับแก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัดปัตตานี มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 4.50, SD = 0.577$)

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับด้านปัจจัยนำเข้าในกลุ่มทีมผู้บำบัด ($n=12$)

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. คุณสมบัติของบุคลากร	2.94	0.69	ปานกลาง
2. สถานที่ในการดำเนินงาน มีความเหมาะสมและเพียงพอ	4.00	0.82	มาก
3. ระยะเวลาในการดำเนินงาน มีความเหมาะสม	4.00	0.82	มาก
4. การนำผู้ติดยาเสพติดเข้าบำบัดเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้	4.00	0.82	มาก
5. การค้นหา/คัดกรองผู้ติดยาเสพติด เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน	3.75	0.96	มาก
รวม	3.74	0.73	มาก

จากตารางพบว่า ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.74, SD = 0.73$) โดยสถานที่ในการดำเนินงาน มีความเหมาะสมและเพียงพอ ระยะเวลาในการดำเนินงาน มีความเหมาะสม และการนำผู้ติดยาเสพติดเข้าบำบัดเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.00, SD = 0.82$) และคุณสมบัติของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($M = 2.94, SD = 0.69$)

2.3 ด้านกระบวนการ (Process)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับด้านกระบวนการในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ($n= 12$)

การประเมินด้านกระบวนการ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. เนื้อหากิจกรรมมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.25	0.50	มาก
2. กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (F)	3.16	0.87	ปานกลาง
3. ด้านกิจกรรมทางเลือก (A)	3.01	0.79	ปานกลาง
4. ด้านกระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง (S)	4.35	0.70	มาก
5. ด้านกระบวนการชุมชนบำบัด (T)	4.42	0.62	มาก
6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีบทบาทร่วมกันอย่างชัดเจน	4.00	0.00	มาก
7. มีกระบวนการส่งต่อผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ในการดูแลต่อเนื่อง	4.00	0.00	มาก
รวม	3.88	0.53	มาก

จากตารางพบว่า ผลการประเมินด้านกระบวนการภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.88$ $SD = 0.53$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกระบวนการชุมชนบำบัด (T) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.42$, $SD = 0.62$) และด้านกิจกรรมทางเลือก ($M = 3.01$, $SD = 0.79$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ดังตารางที่ 3

2.4 ด้านผลผลิต (Product)

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับด้านผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ($n = 45$)

การประเมินด้านผลลัพธ์	M	SD	ระดับ
1.ด้านผู้บำบัด / เจ้าหน้าที่	4.39	0.64	มาก
2.กิจกรรมการบำบัดรักษา	4.27	0.79	มาก
3.ด้านการเยี่ยม/ การตรวจค้น	4.36	0.77	มาก
4.ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม	4.39	0.77	มาก
5.ด้านการสื่อสารกับนักบำบัด	4.22	0.84	มาก
6.ด้านการรับข้อมูลการบำบัดรักษา	4.30	0.63	มาก
รวม	4.32	0.74	มาก

จากตารางพบว่า ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.32$, $SD = 0.74$) ด้านผู้บำบัด/เจ้าหน้าที่ และด้านสถานที่สิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.39$, $SD = 0.64$, $M = 4.39$, $SD = 0.77$) ตามลำดับ และด้านการสื่อสารกับนักบำบัด ($M = 4.22$, $SD = 0.84$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

3. ผลการประเมินข้อดีและข้อจำกัดของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ดังนี้

3.1 ข้อดีของ FAST Model ผู้วิจัยพบประเด็นที่เป็นจุดเด่นสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1) การดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ มีการบูรณาการความเชี่ยวชาญจากแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอย่างตรงจุดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม “จุดเด่นคือการดูแลร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ...ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี และให้ความช่วยเหลือตรงตามปัญหา” ผู้ป่วย (รองผู้อำนวยการ เพศหญิง อายุ 54 ปี)

2) การบำบัดเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และการสร้างสัมพันธภาพ โดยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และกิจกรรมทางเลือกที่หลากหลาย ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เจตคติ และการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วย “อยู่ที่นี่ผมต้องเข้ากลุ่มหลายกลุ่ม...ได้เรียนรู้มากขึ้น ได้เรียนรู้การเป็นผู้นำ ที่สามารถเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวเองและเพื่อนสมาชิก ทำให้รู้สึกเรามีค่า” (ผู้ป่วยยาเสพติด เพศชาย อายุ 31 ปี)

3) การดูแลยึดหลักการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ โดยบูรณาการการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ภายใต้บรรยากาศแห่งความเอาใจใส่และความไว้วางใจ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความสบายใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว “ลูกแม่เคยไปรักษาที่อื่น เขาล่ามโซ่ อยู่ในห้องแคบ ๆ ออกไปไหนไม่ได้ แต่ที่นี่มีบริเวณมากกว่า มีกิจกรรมให้ทำหลายอย่าง ได้อยู่กับคุณหมอ คุณพยาบาล คุณลูกแม่หน้าตาสดชื่น อ้วนขึ้น ดีขึ้นมากแค่นี้ทางบ้านก็สบายใจแล้ว” (แม่ผู้ป่วยยาเสพติด เพศหญิง อายุ 53 ปี)

4) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยครอบครัวสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในระหว่างการบำบัดรักษา อาทิ สีหน้าสดชื่น สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ดีขึ้น รวมถึงการพัฒนาทักษะทางสังคมและความมั่นใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น “ลูกเปลี่ยนแปลงจากเดิมไปมาก หน้าตาสดชื่น อ้วนขึ้น เจอแม่ยกมือไหว้ สวัสดี ไม่มีอาการก้าวร้าว พูดจารู้เรื่อง ” (แม่ผู้ป่วยยาเสพติด เพศหญิง อายุ 46 ปี)

3.2 ข้อจำกัดการดำเนินงาน

จากการศึกษาพบประเด็นที่เป็นข้อจำกัดและอุปสรรคในการขับเคลื่อนรูปแบบ FAST Model ซึ่งควรได้รับการพัฒนา 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) การจำแนกประเภทผู้ป่วยยังไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนโดยเฉพาะผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป
- 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวไม่ต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) โดยใช้กรอบการประเมินรูปแบบ CIPP Model และประเมินข้อดีและข้อจำกัดซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

1. การประเมินบริบทปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ในด้านบริบทพบว่านโยบายการบำบัดฟื้นฟู มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.75$, $SD = 0.50$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านคุณภาพและประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐวิชัย ราชแก้ว (2567) ที่พบว่านโยบายที่ชัดเจนส่งผลต่อการตอบสนองต่อปัญหาเสพติดอย่างเป็นระบบและครบวงจร อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวลักษณ์ ทูลธรรม (2564) ที่ระบุว่าการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การประเมินด้านปัจจัยนำเข้าพบว่าคุณสมบัติของบุคลากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.30$, $SD = 0.69$) แสดงให้เห็นว่าทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการบำบัด ทั้งบุคลากร สถานที่ ระยะเวลา ที่เพียงพอก็จะยิ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพของการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานริศรา งามขจรวิวัฒน์และคณะ (2563) ที่ชี้ให้เห็นว่าศักยภาพของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดรักษาและเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพบริการ ส่วนด้านกระบวนการพบว่ากระบวนการชุมชนบำบัดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.42$, $SD = 0.62$) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในลักษณะกลุ่ม มีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทักษะทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุผา บุญญามณี และอรรธรณ หนูแก้ว (2567) ที่พบว่าการพัฒนาทักษะทางสังคมและการควบคุมตนเองผ่านกระบวนการกลุ่มบำบัดช่วยเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญปัญหา รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของประพัทธ์ ธรรมวงศา (2567) ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทีมสหวิชาชีพและทุกภาคส่วนยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จในการบำบัด เช่นเดียวกับกระบวนการดูแลต่อเนื่องและการพัฒนาทักษะของบุคลากรที่ส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์การบำบัด และด้านผลลัพธ์พบว่าด้านผู้บำบัด/เจ้าหน้าที่ และด้านสถานที่สิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน ($M = 4.39$) แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการรู้ถึงคุณภาพการดูแลทั้งในเชิงความเชี่ยวชาญของผู้บำบัดและความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมในการบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของชลอวัฒน์ อินปา และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (2564) ที่พบว่าคุณภาพการบำบัดขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้บำบัดและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู จะช่วยเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การประเมินข้อดีและข้อจำกัด พบว่า ข้อดีของ FAST Model จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีจุดแข็งสำคัญ 4 ประการ คือ 1) FAST Model เน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมัสสุรี ยะภา (2567) ที่ระบุว่า การดูแลแบบสหวิชาชีพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ทีมที่มีความเชี่ยวชาญหลากหลายสามารถทำนายความสำเร็จของการบำบัดได้ถึงร้อยละ 68.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Fernando (2019) ที่เน้นความสำคัญของการบูรณาการองค์ความรู้จากหลายสาขาวิชาเพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) FAST Model ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะรอบด้านโดยเฉพาะทักษะชีวิต ทักษะทางอารมณ์ และการปรับตัวทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธนิภา พงษ์พิทักษ์ และคณะ (2562) ที่พบว่าการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีผลช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสพติดและสร้างประสบการณ์เชิงบวกแก่ผู้ป่วย 3) การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ถือเป็นจุดเด่นสำคัญของ FAST Model ที่เน้นความเข้าใจในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเสาหลักสี่ ทูลธรรม (2564) ที่ระบุว่า การดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มบำบัดสำเร็จ และช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดียิ่งขึ้น และ 4) FAST Model ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน ทั้งด้านการควบคุมอารมณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง และการใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนิภา พงษ์พิทักษ์ และคณะ (2562) และศรีณัฐ สืบจิตต์ (2567) ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบดังกล่าวมีระดับความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น และความเสี่ยงในการกลับไปเสพติดน้อยลง อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ยังพบข้อจำกัดของ FAST model 2 ประการ 1) กระบวนการคัดกรองและการจัดกลุ่มผู้ป่วย พบว่าการรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเข้าร่วมโปรแกรมเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติดทั่วไป โดยไม่มีกิจกรรมเฉพาะกลุ่มอาจทำให้การตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคลยังไม่เต็มที่ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของนริศรา งามขจรวิวัฒน์ และคณะ (2563) ที่ย้ำถึงความสำคัญของการคัดกรองผู้ป่วยให้เหมาะสมกับลักษณะปัญหาและบริบทของผู้ป่วย และ 2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ยังจำกัด เนื่องจากระบบการเยี่ยมและตารางเวลาที่ยังไม่ยืดหยุ่น ทำให้ครอบครัวไม่สามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการบำบัดของผู้ป่วย

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ โดยผู้บริหารควรกำหนดนโยบายเชิงระบบที่สนับสนุนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นแนวทางหลักของบริการด้านยาเสพติด มีบทบาทสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแล ความต่อเนื่องของการรักษา และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะยาว
2. ด้านการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง จากข้อจำกัดที่พบโรงพยาบาลควรมีการพัฒนาเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการฟื้นฟูได้ตามศักยภาพของตนเอง
3. ด้านการเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลควรเพิ่มช่องทางในการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ส่งเสริมกิจกรรมร่วมกันในวันสำคัญทางศาสนา
4. ด้านการพัฒนาบุคลากร ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับทีมนักบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นจุดเด่นสำคัญของรูปแบบ FAST Model เพื่อรักษาคุณภาพการดูแลในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) กับรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ ที่ใช้ในประเทศไทย
2. ควรมีการศึกษาระยะยาวในช่วงติดตามหลังการรักษา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินอัตราการกลับไปเสพติด และความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรูปแบบ FAST Model

รายการอ้างอิง

- ครองธรรม ศรีสองเมือง. (2558). การประเมินโครงการอบรมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเบื้องต้นของศูนย์การเรียนรู้ไอซีทีชุมชนเทศบาลตำบลแม่พระ อำเภอแม่พระ จังหวัดลำปาง. (ค้นคว้าอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, สาขาวิชาการบริหารและพัฒนาประชาคมเมืองและชนบท.
- ชลอวัฒน์ อินปา และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 17(2), 91-101.
- ณัฐวิทย์ ราชแก้ว. (2567). กระบวนการนโยบายสาธารณะสำหรับโครงการชุมชนเพื่อความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาเสพติดแบบครอบคลุมตามยุทธศาสตร์ชาติ: นวัตกรรมในกลไกความร่วมมือของชุมชน. *วารสารการบริหารและการจัดการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน*, 2(2), 401-414.
- ธนิภา พงษ์พิทักษ์, วชิร มีศิลป์, สำเนา นิลบรรพ์, ผกามาต มณีอินทร, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, & นิภาวัล บุญทับถม. (2562). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิงเสพติด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 261-273.
- นริศรา งามขจรวิวัฒน์, สุนทรพจน์ ชูช่วย, และสุพิศพร แก้วชื่น. (2563). การประเมินการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix Program) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- บุบผา บุญญามณี, และอรรวรรณ หนูแก้ว. (2567). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเอง เพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(2), e267558.
- ประพัทธ์ ธรรมวงศา. (2567). การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 6(1), e268174.
- มัทธูรา ฮะ, รัตติยา สันเสรี และ กิ่งกมล เตียนวล. (2558). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนระยะบำบัดยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี.
- มัสสุรีย์ ยะภา. (2567). แนวทางการพัฒนาทีมสหวิชาชีพเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีชุมชนบำบัดในจังหวัดนราธิวาส. การค้นคว้าอิสระ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ราตรี หุ่นดี, เพลินตา เทียงตรง, ผุสดี ชูชีพ, ประกายรัตน์ ช่วยเจริญ, กระแส ปัจฉิมสิริ และจุริรา อาภาบุษยพันธุ์. (2549). การประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับ สถาบันธัญญารักษ์. โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- ศรีณัฐ สืบจิตต์. (2567). รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้บำบัดยาเสพติด อำเภองาว จังหวัดลำปาง. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน*, 34(2), 27-33.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). *สรุปสถานการณ์ยาเสพติด ปี 2565*. กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2546). *การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2567). *รายงานผลการดำเนินงาน ปี 2566-2567*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เสาวลักษณ์ ทูลธรรม. (2564). *ประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจบำบัด: กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ*. การค้นคว้าอิสระ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารรัฐกิจ และกิจการสาธารณะ สำหรับนักบริหาร, คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อรพรรณ ลิ้มพันธ์. (2547). การประเมินกระบวนการในการใช้บริการเมทริกซ์โปรแกรมในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.
การค้นคว้าแบบอิสระต่อบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต.

Fernando, B. (2019). Effectiveness of substance abuse treatment: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(2), 132-145.

Stufflebeam, D.L. (2003). *The CIPP Model for Evaluation*. Annual Conference of the Oregon Program Evaluation Network, Portland.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2021). *World Drug Report 2021*, Austria.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยา
ต้านไวรัสของผู้ป่วย HIV/AIDS โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
Effectiveness of Self-Management Program Combined with Pharmacist Care
on Antiretroviral Medication Among HIV/AIDS Patients at Ban Na San Hospital,
Surat Thani Province

วิริยะกิจ ศรีสวัสดิ์^{1*}

Viriyakit Srisawat^{1*}

¹โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

¹Ban Na San Hospital, Suratthani Province

(Received: January 25, 2026; Revised: March 22, 2026; Accepted: March 31, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาด้านไวรัสของผู้ป่วย HIV/AIDS กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับยาด้านไวรัสเอชไอวี ณ คลินิกรักษารัตน์ โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร ระยะเวลา 8 สัปดาห์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเท่ากับ $\alpha = .89$ และแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ $\alpha = .90$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที่แบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 4.23, SD = 0.30$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 3.42, SD = 0.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.10, p\text{-value} < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยด้านที่เพิ่มขึ้นเด่นชัด ได้แก่ ความตรงต่อเวลาในการรับประทานยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการไม่หยุดยาหรือข้ามยาด้วยตนเอง

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.31, SD = 0.47$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมความสม่ำเสมอในการใช้ยาด้านไวรัสของผู้ป่วย HIV/AIDS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การใช้ยาด้านไวรัส ความสม่ำเสมอ ผู้ป่วย HIV/AIDS โปรแกรมการจัดการตนเอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wiriyakit.h@gmail.com)

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design. The objective was to examine the effectiveness of a self-management program combined with pharmacist care on antiretroviral medication adherence among HIV/AIDS patients. The sample consisted of 35 HIV/AIDS patients aged 18 years and older who received antiretroviral medications at the Rakjit Clinic, Ban Na San Hospital, Surat Thani Province. Participants were selected through purposive sampling based on predetermined eligibility criteria. The research instruments included: a self-management program combined with pharmacist care implemented over an 8-week period, a personal data questionnaire, an antiretroviral medication-taking behavior assessment, and a satisfaction evaluation form. All instruments were validated for content validity by experts. The reliability of the antiretroviral medication-taking behavior assessment was $\alpha = .89$, and the satisfaction evaluation form was $\alpha = .90$. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as the paired t-test.

The findings revealed the following: The mean score of antiretroviral medication-taking behavior after participating in the program ($M = 4.23$, $SD = 0.30$) was significantly higher than before participation ($M = 3.42$, $SD = 0.45$), with statistical significance ($t = 9.10$, $p\text{-value} < .001$). Mean scores increased across all dimensions, with the most significant improvements in timeliness of medication intake, consistency of medication intake, and avoidance of self-discontinuation or skipping doses.

2. Overall patient satisfaction with the self-management program combined with pharmacist care was at the highest level ($M = 4.31$, $SD = 0.47$). The results of this study demonstrate that the program can effectively promote antiretroviral medication adherence among HIV/AIDS patients.

Keywords: Antiretroviral Medication Use, Adherence, HIV/AIDS Patients, Self-Management Program

บทนำ

จากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่าในปี พ.ศ. 2563 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกอยู่ที่ 7.16 ต่อ 1,000 ประชากร และยังคงมีอัตราการติดเชื้อรายใหม่และการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019) การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะเรื้อรังที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต หากขาดการรักษาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะส่งผลให้ภูมิคุ้มกันลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส การแพร่เชื้อ และการเสียชีวิต รวมถึงก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม เช่น การตีตราและการขาดการสนับสนุนจากสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่มาตามนัดและการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง (กัญญา พฤษสิข, 2564) สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 560,000 ราย โดยมีผู้ที่กำลังรับยาต้านไวรัส 457,133 ราย และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 ราย (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2566) แม้ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ การติดเชื้อเอชไอวีสามารถควบคุมได้ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและมีความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด คงระดับ CD4 ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับเอดส์ (UNAIDS, 2018; World Health Organization, 2023)

แนวทางการรักษาที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในระดับมากกว่าร้อยละ 95 เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยาและ

(2/13)

ความล้มเหลวในการรักษา (Ruxrungtham et al., 2022) อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสยังพบได้บ่อย ซึ่งเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น การขาดความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ส่งผลให้การควบคุมโรคไม่เป็นไปตามเป้าหมายจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมและการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้ แรงจูงใจ และการให้อำนาจแก่ผู้ป่วย สามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญ (ชัยกฤติ ตีระลา, 2566; ไสว ตันทุพุทธ, 2559) นอกจากนี้ การดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ โดยมีบทบาทของเภสัชกรในการให้คำแนะนำ ติดตาม และประเมินการใช้อย่างต่อเนื่อง ยังช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kalichman et al., 2020)

จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นพื้นที่ที่มีการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทติภูมิ และตติภูมิ โดยโรงพยาบาลบ้านนาสารเป็นหน่วยบริการสำคัญในระดับชุมชนที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านนาสารในช่วงปีงบประมาณ 2565–2568 (โรงพยาบาลบ้านนาสาร, 2568) พบว่า แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและได้รับยาต้านไวรัสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 มีผู้ป่วย 429 คน ได้รับยาต้านไวรัส 382 คน และมีระดับ Viral load ต่ำกว่า 1,000 copies/ml จำนวน 302 คน ปี 2566 มีผู้ป่วย 430 คน ได้รับยาต้าน 402 คน และมีระดับ Viral load ต่ำกว่า 1,000 copies/ml จำนวน 379 คน ปี 2567 มีผู้ป่วย 447 คน ได้รับยาต้าน 408 คน และมีระดับ Viral load ต่ำกว่า 1,000 copies/ml จำนวน 388 คน และในปี 2568 มีผู้ป่วย 446 คน ได้รับยาต้าน 415 คน และมีระดับ Viral load ต่ำกว่า 1,000 copies/ml จำนวน 391 คน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่สามารถควบคุมระดับไวรัสได้ตามเกณฑ์ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม

ในบริบทการให้บริการของโรงพยาบาลบ้านนาสาร การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงใช้รูปแบบการให้คำแนะนำด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตัวในระหว่างการมารับบริการตามนัด ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลในช่วงเวลาสั้น ๆ และอาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยบางรายขาดความเข้าใจในโรคและการใช้ยา ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง มีภาวะซึมเศร้า ความเครียด หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมไม่เพียงพอ ส่งผลให้การรักษาไม่ต่อเนื่องและไม่บรรลุเป้าหมาย จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเภสัชกรจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย HIV/AIDS ณ โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยอาศัยแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991; Lorig & Holman, 2003) แนวคิดดังกล่าวมีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย HIV/AIDS เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองจึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา ปรับพฤติกรรมสุขภาพ และจัดการกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้คาดว่าจะสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเป็นต้นแบบในการประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วย HIV/AIDS ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร

2. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร ผู้ป่วย HIV/AIDS จะมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ป่วย HIV/AIDS ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร จะมีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ และได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างชัดเจน 2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยผู้ป่วยมีการบันทึกหรือประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เพื่อสะท้อนผลของพฤติกรรมและปรับเปลี่ยนหากจำเป็น และ 4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมผ่านการให้รางวัลหรือกำลังใจแก่ตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร โดยดำเนินการภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของเภสัชกร ซึ่งมีบทบาทในการให้คำปรึกษา ให้ความรู้เรื่องยา และติดตามผลการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เห็นความสำคัญและเกิดแรงจูงใจในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยมีแบบแผนการวิจัย $O_1 \times O_2$ ดำเนินการวิจัย ณ คลินิกโรคจิต โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดย O_1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) X หมายถึง การดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร และ O_2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ทั้งนี้ เพื่อควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลต่อผลการวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรเดิมอย่างต่อเนื่อง และไม่มีการเปลี่ยนแปลงสูตรยาระหว่างการดำเนินโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ คลินิกโรคติดต่อ โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2568 จำนวนทั้งสิ้น 415 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ คลินิกโรคติดต่อ โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2568 ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยได้ประสานงานกับคลินิกโรคติดต่อเพื่อคัดกรองรายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้ป่วย และเชิญเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจในการทดสอบ Power of test = .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ และกำหนดขนาดอิทธิพล Effect size = .80 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ตามสูตรของ Gupta และคณะ (2016) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 35 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ คลินิกโรคติดต่อ โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี และมีประวัติขาดนัดการรักษา 2) มีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีน้อยกว่าร้อยละ 95 ประเมินจากการมารับบริการครั้งสุดท้าย 3) สามารถอ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ 4) ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน และสามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ติดเชื้อที่มีภาวะดื้อยา 2) เป็นผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่า 3 ชนิด 3) เป็นผู้ติดเชื้อที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ วัณโรคปอดหรือปอดอักเสบ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การติดเชื้อในสมอง และโรคกระดูกอักเสบ และ 4) เป็นผู้ติดเชื้อที่มีโรคแทรกซ้อน ใดๆ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดอุดตันของอวัยวะต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1988) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย HIV/AIDS สามารถควบคุมและกำกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ร่วมกับบทบาทของเภสัชกรในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ติดตาม และสนับสนุนผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ แรงจูงใจ และพลังในการดูแลตนเอง โปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) สัปดาห์ที่ 1 (45 นาที) เภสัชกรแนะนำโปรแกรม ชี้แจงรายละเอียด และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค HIV/AIDS และความสำคัญของการใช้ยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกำหนดเป้าหมายการใช้ยารายสัปดาห์ แนะนำการใช้สมุดบันทึกการใช้ยา และเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่ม Line เพื่อใช้เป็นช่องทางสื่อสารและสนับสนุนระหว่างดำเนินโปรแกรม

2) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) สัปดาห์ที่ 2-3 (10-15 นาทีต่อครั้ง) ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาทุกวันในสมุดบันทึก โดยเภสัชกรโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินความต่อเนื่องในการใช้ยาให้กำลังใจ แนะนำการแก้ไขปัญหาเฉพาะราย และส่งข้อความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลตนเองผ่าน Line

3) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) สัปดาห์ที่ 4 (30-40 นาที) เภสัชกรนัดพบทบทวนสมุดบันทึกการใช้ยา ร่วมประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมาย วิเคราะห์อุปสรรค และปรับเป้าหมายหรือแนวทางการดูแลตนเองให้เหมาะสมในระยะถัดไป

4) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) สัปดาห์ที่ 5–7 (10–15 นาที) เกสซ์กรติดตามและให้คำชื่นชมแก่ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ พร้อมส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้รางวัลหรือกำลังใจแก่ตนเองเพื่อเสริมแรงเชิงบวกและแรงจูงใจในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

5) สัปดาห์ที่ 8 การสรุปผลและส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง (30–40 นาที) ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสและความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนผลลัพธ์และประสบการณ์จากโปรแกรม พร้อมร่วมวางแผนการดูแลตนเองต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองในระยะยาว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วย HIV/AIDS แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่ดื่มสุรา สิทธิการรักษา และระยะเวลาที่ติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 ถึง 5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การแปลผลค่าคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ของเบสท์ (Best, 1997) ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.79) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.80 – 2.59) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.60 – 3.39) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.40 – 4.19) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.20 – 5.00)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS ต่อโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเกสซ์กร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจาก แนวคิดความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านสุขภาพตามกรอบคุณภาพการบริการของ Donabedian (1988) เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเกสซ์กร จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การแปลผลค่าคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ของเบสท์ (Best, 1997) ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.79) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.80 – 2.59) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.60 – 3.39) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.40 – 4.19) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.20 – 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเกสซ์กรได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมคลินิก โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) มีค่าเท่ากับ 0.92 ซึ่งผ่านเกณฑ์การยอมรับ (≥ 0.80)

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS โดยผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดียวกันประเมินความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อคำถาม นำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ผ่านเกณฑ์การยอมรับ (≥ 0.50) จากนั้นปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

3. ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยดำเนินการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทาน

(6/13)

ยาด้านไวรัสเอชไอวีมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และแบบประเมินความพึงพอใจมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ซึ่งอยู่ในระดับดีและยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายหลังได้รับการรับรองแล้ว ได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนาสาร พร้อมชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจผ่านการลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent) จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) ก่อนเริ่มสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร ซึ่งเป็นตัวแปรต้นของการศึกษา เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1988) ซึ่งมุ่งเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมและกำกับพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการติดตามและสนับสนุนจากเภสัชกรอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาลบ้านนาสารตามปกติในระหว่างการดำเนินโปรแกรม โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) สัปดาห์ที่ 1 เภสัชกรแนะนำโปรแกรม ชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรค HIV/AIDS และความสำคัญของการใช้ยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งร่วมกับผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการรับประทานยารายสัปดาห์ แนะนำการใช้สมุดบันทึกการใช้ยา และเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่ม Line เพื่อใช้เป็นช่องทางในการสื่อสาร ติดตาม และสนับสนุนระหว่างดำเนินโปรแกรม

2. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) สัปดาห์ที่ 2-3 ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาทุกวันลงในสมุดบันทึกการใช้ยา โดยเภสัชกรโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการใช้ยา ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำเฉพาะรายเมื่อพบปัญหา รวมทั้งส่งสื่อความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลตนเองผ่านช่องทาง Line

3. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) สัปดาห์ที่ 4 เภสัชกรนัดหมายผู้ป่วยเข้าพบ ณ คลินิกโรคจิต โรงพยาบาลบ้านนาสาร เพื่อทบทวนสมุดบันทึกการใช้ยาร่วมกับผู้ป่วย ประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมาย วิเคราะห์อุปสรรคที่พบในการใช้ยา และร่วมกันปรับเป้าหมายหรือแนวทางการดูแลตนเองให้เหมาะสม

4. การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) สัปดาห์ที่ 5-7 เภสัชกรติดตามและให้คำชื่นชมแก่ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้กำลังใจหรือให้รางวัลแก่ตนเอง เพื่อเสริมแรงจิตใจในการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

5. การสรุปผลและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Follow-up and Reinforcement) สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยเข้าพบ ณ คลินิกโรคจิต โรงพยาบาลบ้านนาสาร เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสและความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในส่วนเครื่องมือวิจัย จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนผลลัพธ์จากการเข้าร่วมโปรแกรม และร่วมวางแผนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองในระยะยาว

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS ต่อโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3. ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยใช้สถิติทดสอบการแจกแจงปกติ (Normality test) ก่อนการเลือกใช้สถิติพารามิเตอร์

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบค่าที่แบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย STPHO2025-169 รับรองตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 8 กันยายน 2569 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจผ่านการลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะข้อมูลสรุปภาพรวมเท่านั้น และจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย HIV/AIDS จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรสเป็นสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 42.86) รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 37.14) ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น-ตอนปลาย (ร้อยละ 40.00) และไม่ได้เรียนหรือจบประถมศึกษา (ร้อยละ 37.14) ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ค้าขาย หรือเกษตรกร (ร้อยละ 80.00) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 42.86) และเกือบทั้งหมดใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษา (ร้อยละ 85.71) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-65 ปี และมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ 4 ถึง 33 ปี ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 35)

พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี	ก่อน (M (SD))	หลัง (M (SD))	Mean difference	t	p-value
ด้านความตรงต่อเวลาในการรับประทานยา	3.35 (0.62)	4.20 (0.45)	0.85	7.10	<.001
ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	3.55 (0.58)	4.35 (0.40)	0.80	7.65	<.001
ด้านการไม่หยุดยาหรือข้ามยาด้วยตนเอง	3.20 (0.70)	4.05 (0.50)	0.85	6.95	<.001
ด้านความเข้าใจวิธีใช้ยาและข้อควรระวัง	3.60 (0.55)	4.40 (0.38)	0.80	7.80	<.001
ด้านความสามารถในการจัดการกับผลข้างเคียง	3.10 (0.75)	3.95 (0.55)	0.85	6.20	<.001
ด้านการมาตรวจติดตามและรับยาตามนัด	3.70 (0.50)	4.45 (0.35)	0.75	7.30	<.001
เฉลี่ยรวม	3.42 (0.45)	4.23 (0.30)	0.81	9.10	<.001

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.10, p\text{-value} < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยด้านที่มีการเพิ่มขึ้นเด่นชัด ได้แก่ ด้านความตรงต่อเวลาในการรับประทานยา ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และด้านการไม่หยุดยาหรือข้ามยาด้วยตนเอง

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS ต่อโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS ต่อโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร ($n = 35$)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS	M	SD	ระดับ
ความเข้าใจและความชัดเจนที่ได้รับ	4.40	0.44	มากที่สุด
การสื่อสารและการตอบคำถาม	4.35	0.48	มากที่สุด
การดูแลเอาใจใส่	4.28	0.50	มากที่สุด
ผลลัพธ์ที่ได้รับจากโปรแกรม	4.22	0.46	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.31	0.47	มากที่สุด

จากตารางพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS ต่อโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.31, SD = 0.47$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุด ได้แก่ ด้านความเข้าใจและความชัดเจนที่ได้รับ ($M = 4.40, SD = 0.44$) รองลงมาคือ ด้านการสื่อสารและการตอบคำถาม ($M = 4.35, SD = 0.48$) และด้านการดูแลเอาใจใส่ ($M = 4.28, SD = 0.50$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านผลลัพธ์ที่ได้รับจากโปรแกรม ($M = 4.22, SD = 0.46$)

การอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย HIV/AIDS โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านที่มีการเพิ่มขึ้นเด่นชัด ได้แก่ ด้านความตรงต่อเวลาในการรับประทานยา ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และด้านการไม่หยุดยาหรือข้ามยาด้วยตนเอง ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากลักษณะของโปรแกรมที่เน้นกระบวนการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องโดยเภสัชกร ซึ่งช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของมัตติกา คุลี (2565) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนจากเภสัชกรผ่านแอปพลิเคชัน LINE สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของพรพร ยิ่งยง และคณะ (2568) ซึ่งพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) สำหรับผู้รับยาต้านไวรัสผ่านการจัดส่งยา พบว่าการติดตาม ให้คำปรึกษา และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากเภสัชกรสามารถช่วยเพิ่มระดับ adherence ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

ในอีกด้านหนึ่ง ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของอัมทิพย์ พลบุพผา และคณะ (2565) ที่ระบุว่าปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และความตระหนักถึงความจำเป็นของการรักษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยเฉพาะความตระหนักของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริม adherence ดังนั้น โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรที่

(9/13)

พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจและความตระหนักรู้ของผู้ป่วย ผ่านการให้ข้อมูล การติดตาม และการเสริมแรงเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาจึงสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางดังกล่าวมีศักยภาพในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย HIV/AIDS และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาในระยะยาว

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วย HIV/AIDS ต่อโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.31, SD = 0.47$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยให้การยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีต่อรูปแบบการดูแลที่ได้รับจากโปรแกรม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ สูง ได้แก่ ด้านความเข้าใจและความชัดเจนที่ได้รับ ($M = 4.40, SD = 0.44$) รองลงมาคือ ด้านการสื่อสารและการตอบคำถาม ($M = 4.35, SD = 0.48$) และด้านการดูแลเอาใจใส่ ($M = 4.28, SD = 0.50$) ขณะที่ด้านผลลัพธ์ที่ได้รับจากโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 4.22, SD = 0.46$) แต่ยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในทุกด้าน ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของโปรแกรมที่ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลและคำอธิบายที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งช่วยลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับยาและการดูแลตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถซักถามและได้รับคำแนะนำอย่างเหมาะสมจากเภสัชกรอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Phuphanich และคณะ (2566) ที่รายงานว่า การให้คำแนะนำและการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอจากเภสัชกรผ่านระบบบริการทางไกล (telepharmacy) ช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและส่งผลต่อ adherence ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Suntharapot & Sribundit (2022) ซึ่งพบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านช่องทาง LINE โดยเภสัชกรสามารถเพิ่มทั้งความพึงพอใจและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย HIV/AIDS เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลและด้านจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศของ Mills และคณะ (2014) ที่รายงานว่า การให้คำปรึกษาและการสื่อสารอย่างเป็นมิตรจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น เภสัชกร สามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ความพึงพอใจโดยรวมที่อยู่ในระดับมากที่สุดของผู้ป่วยต่อโปรแกรมในครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าองค์ประกอบของโปรแกรม ทั้งการให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสื่อสารที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และการดูแลเอาใจใส่อย่างเป็นระบบ สามารถตอบสนองต่อประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจช่วยลดอุปสรรคในการรับการรักษาและส่งเสริม adherence อย่างต่อเนื่องในบริบทการดูแลระยะยาวของผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

นอกจากนี้ ขั้นตอนการให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) ในสัปดาห์ที่ 5-7 อาจเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างให้ดีขึ้น เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสำเร็จของตนเอง และเกิดแรงจูงใจภายในในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys (1991) ซึ่งระบุว่า การให้รางวัลหรือกำลังใจแก่ตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ จะช่วยเสริมแรงเชิงบวกและทำให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในบริบทของผู้ป่วย HIV/AIDS ในประเทศไทย การได้รับคำชื่นชม การยอมรับ และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะเภสัชกร รวมทั้งการให้กำลังใจตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติตามแผนการใช้ยาได้ อาจช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุว่า แรงเสริมเชิงบวกเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพสามารถคงอยู่ได้ในระยะยาว

การนำผลวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS โดยเฉพาะการจัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกร เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

(10/13)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการติดตามผู้ป่วยรายบุคคล การให้คำปรึกษา และการเสริมแรงจิตใจในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการขาดนัดและการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทการให้บริการคล้ายคลึงกัน โดยอาจปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับทรัพยากรและระบบบริการของแต่ละหน่วยบริการ เช่น การจัดระบบติดตามผู้ป่วยผ่านการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร การใช้สื่อหรือช่องทางสื่อสารออนไลน์ในการติดตามพฤติกรรมการใช้ยา และการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องในการรักษาและเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ในระดับโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS ในโรงพยาบาลชุมชน โดยส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและลดปัญหาการขาดนัดการรักษา
2. โรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย HIV/AIDS โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการใช้ยา (adherence) ที่ดีขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับไวรัสในเลือด (Viral Load: VL) ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าที่ตรวจพบได้ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลในการรักษา
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมห้เป็นรูปแบบสื่อหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น การจัดทำคู่มือโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรในรูปแบบมาตรฐาน เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นระบบ และขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการดูแลโดยเภสัชกรกับกลุ่มควบคุม (Control group) ที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมให้มีความชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น รวมทั้งอาจขยายการศึกษาไปยังบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในระดับอื่น เช่น โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในบริบทที่แตกต่างกัน
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และมีความหลากหลายมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มต้นรับยาต้านไวรัสเอชไอวี เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสมาเป็นระยะเวลานานแต่มีปัญหาความสม่ำเสมอในการใช้ยา (adherence) เพื่อให้สามารถอธิบายผลของโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกันได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยา และผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV เช่น ระดับไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) และระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (CD4 count) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลในการรักษา
4. การศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) ร่วมด้วย เพื่อศึกษาปัจจัยหรืออุปสรรคเชิงลึกที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายของโปรแกรม

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กระทรวงสาธารณสุข. <https://hivhub.ddc.moph.go.th>
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th>
- กัญญา พงศ์สืบ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารโรคเอดส์*, 33(3), 139-150.
- ชัยภักดิ์ ติยะลา. (2566). การเสริมพลังผู้ป่วยเอชไอวีเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(2), 45-58.
- มัตติกา คูลี, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล, และชิตชนก เรือนก้อน. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมโดยเภสัชกรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลหัวหิน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 15(2), 1-15.
- พชรพร ยิ่งยง, อัครวัฒน์ กรจิระเกษมศานต์, และโสภณ แพงไทร. (2568). การพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล ในผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รับยาทางไปรษณีย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *Journal of Nakornping Hospital*, 16(2), 205-221.
- โรงพยาบาลบ้านนาสาร. (2568). รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการให้บริการดูแลรักษา ปีงบประมาณ 2565-2568. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลบ้านนาสาร.
- ไสว ต้นทุทร. (2559). ผลของการส่งเสริมการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยเอชไอวี. *วารสารเภสัชกรรม*, 33(1), 11-20.
- อ้อมทิพย์ พลบุผา, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และวรรณฯ สอนองเดช. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(3), 314-322.
- Best, J. W. (1997). *Research in education* (7th ed.). Allyn & Bacon.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global HIV/AIDS estimates*. <https://www.healthdata.org>
- Kalichman, S. C., Pellowski, J., & Turner, C. (2020). Integrated behavioral and biomedical approaches to improve medication adherence among people living with HIV. *Current HIV/AIDS Reports*, 17(4), 283-292. <https://doi.org/10.1007/s11904-020-00496-5>
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 305-360). Pergamon Press.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Mills, E. J., Lester, R., Thorlund, K., et al. (2014). Interventions to promote adherence to antiretroviral therapy: A network meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 18(5), 883-891.
- Phuphanich, M., et al. (2016). A qualitative assessment of barriers and facilitators to antiretroviral adherence in Thai patients. *Journal of Virus Eradication*, 2(1):22-27.
- Ruxrungtham, K., Choekphaibulkit, K., Chetchotisakd, P., Chariyalertsak, S., Kiertburanakul, S., Putacharoen, O., et al. (2022). *Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and*

prevention 2021/2022. Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Suntharapot, S., & Sribundit, N. (2022). Effectiveness of text messaging via LINE application on adherence to antiretroviral drugs among HIV and AIDS patients in Khaoyoi Hospital, Phetchaburi Province. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 17(2), 83–99.

UNAIDS. (2018). *Global HIV & AIDS statistics*. <https://www.unaids.org/>

World Health Organization. (2023). *HIV treatment and care*. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุ
ที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

Factors Influencing the Decision-Making Process for Utilizing Denture Services
Among Elderly Patients at Paphayom Hospital, Phatthalung Province

วสัน จันแดง^{1*}

Wasun Jundang^{1*}

¹โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

¹Paphayom Hospital, Phatthalung Province

(Received: February 23, 2026; Revised: April 9, 2026; Accepted: April 10, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 81 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Andersen จำนวน 68 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านจิตวิทยา และการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียม แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง .70 - 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละส่วน ได้แก่ ปัจจัยอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านจิตวิทยา และการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ($\alpha = .79 - .88$) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุมีระดับการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.67, S.D. = 0.39$)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ($OR = 2.27, p\text{-value} = 0.008$) ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการในระดับสูง ($OR = 2.11, p\text{-value} = 0.015$) ทศนคติที่มีต่อการทำฟันเทียมในเชิงบวก ($OR = 1.98, p\text{-value} = 0.021$) และแรงจูงใจในการทำฟันเทียมระดับปานกลางและระดับมาก ($OR = 1.57, p = 0.041$ และ $OR = 2.34, p\text{-value} = 0.009$ ตามลำดับ) รวมถึงอุปสรรคในการใช้บริการทำฟันเทียม ($p\text{-value} < .05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้ความจำเป็นของการใส่ฟันเทียม การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษา และการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น การลดระยะเวลารอคอยและการสนับสนุนการเดินทาง อาจช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุในชุมชนได้

คำสำคัญ: ปัจจัยการตัดสินใจ ความต้องการด้านสุขภาพช่องปาก ฟันเทียม ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Wasunjun@hotmail.com)

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to investigate the factors influencing the decision-making process for utilizing denture services among older adults at Papayom Hospital, Phatthalung Province. The sample consisted of 81 older adults selected through systematic random sampling. The research instrument was a 68n item questionnaire developed by the researcher based on a literature review and Andersen's Behavioral Model of Health Services Utilization. The questionnaire was divided into four parts: personal data, barriers to service access, psychological factors, and the decision to receive denture services. The content validity of the questionnaire was assessed verified by three experts, yielding an Item-Objective Congruence (IOC) index ranging from .70 to 1.00. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient with the values the sections on barriers to service access, psychological factors, and the decision to receive denture services being at an acceptable level ($\alpha = .79 - .88$). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, specifically hierarchical multiple regression analysis. The results revealed that:

1. The overall level of decision-making to utilize denture services among the elderly was high ($M = 2.67, S.D. = 0.39$).

2. Factors that significantly influenced the decision to utilize denture services included perceived need for dentures ($OR = 2.27, p\text{-value} = 0.008$), high expectations regarding service utilization ($OR = 2.11, p\text{-value} = 0.015$), positive attitudes toward denture treatment ($OR = 1.98, p\text{-value} = 0.021$), and moderate and high levels of motivation for obtaining dentures ($OR = 1.57, p\text{-value} = 0.041$ and $OR = 2.34, p\text{-value} = 0.009$, respectively), as well as barriers to denture service utilization ($p\text{-value} < .05$).

The findings suggest that promoting awareness of the necessity of dentures, fostering positive attitudes toward denture treatment, and reducing barriers to accessing services such as shortening waiting times and providing transportation support may help increase opportunities for elderly individuals in the community to access denture services.

Keywords: Decision - Making Factors, Oral Health Needs, Dentures, Elderly

บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพโดยรวม ภายในช่องปากประกอบด้วยอวัยวะสำคัญ ได้แก่ ฟัน เหงือก ลิ้น และกระพุ้งแก้ม ซึ่งมีบทบาทในการบดเคี้ยวอาหาร การออกเสียง และการสื่อสาร ตลอดจนส่งเสริมบุคลิกภาพและความมั่นใจ หากขาดการดูแลที่เหมาะสมอาจนำไปสู่โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารและสัมพันธ์กับโรคทางระบบบางชนิด เช่น โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ เช่น การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการเข้ารับการตรวจจากทันตแพทย์ จึงมีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพช่องปากที่ดี (กรมอนามัย, 2565) ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยองค์การสหประชาชาติกำหนดว่าสังคมผู้สูงอายุหมายถึงประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการสูญเสียฟัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามวัย การสูญเสียฟันส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารลดลง ซึ่งอาจกระทบต่อภาวะโภชนาการ สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (กขกร แก้วสุวรรณ, 2563) กระทรวง

(2/13)

สาธารณสุขได้ดำเนินโครงการฟันเทียมพระราชทานเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ 50 สามารถบดเคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2564) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนที่สูญเสียฟันทั้งปากยังไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึง จากการศึกษาของนภาพร ศรีบุญเรือง (2559) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 80.2 มีความต้องการใส่ฟันเทียม และภายหลังการรับบริการร้อยละ 68.1 มีความพึงพอใจและไม่จำเป็นต้องกลับมาแก้ไขเพิ่มเติม การใส่ฟันเทียมสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการออกเสียงและเสริมสร้างความมั่นใจ โดยเฉพาะในผู้ที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ (พัชรารัตน ศรีศิลปนันท์, 2558)

จังหวัดพัทลุงเป็นพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จัดอยู่ในสังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ (Complete Aged Society) (กรมอนามัย, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะการสูญเสียฟัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะโภชนาการ สุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตโดยรวม จากข้อมูลการให้บริการด้านทันตกรรมในพื้นที่พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้เข้ารับบริการทำฟันเทียมยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับความต้องการ โดยผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่มักได้รับแรงจูงใจจากคำแนะนำของครอบครัวหรือบุคลากรสาธารณสุข (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้เข้ารับบริการ เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง ความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ และความกังวลต่อกระบวนการรักษา

โรงพยาบาลป่าพะยอมเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม รวมถึงบริการใส่ฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุ จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการใส่ฟันเทียมยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีข้อบ่งชี้ในการใส่ฟันเทียมแต่ยังไม่ได้เข้ารับบริการ ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดและอุปสรรคหลายประการ เช่น การขาดข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของฟันเทียมที่ไม่เพียงพอ ความกังวลต่อกระบวนการรักษา และความลังเลในการตัดสินใจเข้ารับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุไทยจำนวนมากประสบปัญหาการสูญเสียฟันและไม่ได้รับการใส่ฟันเทียม เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง และการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสม (สุภาวดี นาคเจริญ, 2564) ขณะเดียวกัน การรับรู้ถึงประโยชน์ของฟันเทียมและคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ (Chanthakan & Srisawat, 2022) สะท้อนให้เห็นว่าการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา

จากความสำคัญและช่องว่างของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ทั้งด้านลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค รวมถึงบริบทของการให้บริการในพื้นที่ ผลการวิจัยคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางหรือกลยุทธ์ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟันเทียมให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่จำเป็นอย่างทั่วถึง อันนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

วัตถุประสงค์วิจัย

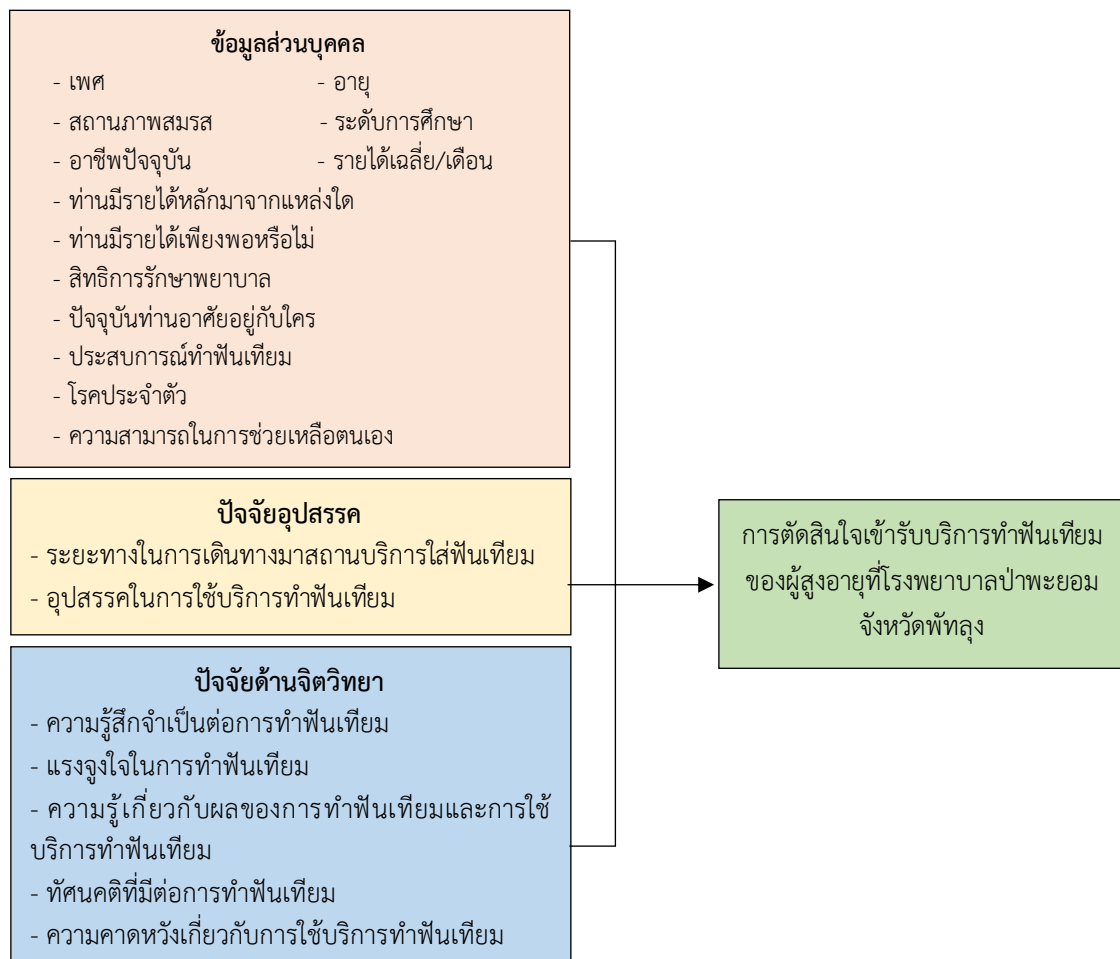
1. เพื่อศึกษาระดับการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความรู้สึกจำเป็น ความคาดหวัง ทักษะคติ และแรงจูงใจในการทำฟันเทียม มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับผลของการทำฟันเทียม มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยด้านอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Andersen (1995) ซึ่งอธิบายว่าการใช้บริการสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งลักษณะส่วนบุคคล ทรัพยากรหรือข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านการรับรู้หรือทัศนคติของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งปัจจัยที่ศึกษาออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุ ดังแสดงในภาพกรอบแนวคิดการวิจัย (ภาพที่ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าพะยอม อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง และเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 111 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง โดยมีพื้นที่น้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการวิเคราะห์ถดถอย (Regression analysis) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effect size) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (8 คน) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้รวมทั้งสิ้น 81 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลป่าพะยอม โดยจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด จากนั้นกำหนดช่วงการสุ่มตัวอย่าง (k) จากจำนวนประชากรทั้งหมด แล้วสุ่มเลือกลำดับเริ่มต้น และเลือกตัวอย่างทุก ๆ ลำดับที่ k ตามบัญชีรายชื่อ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดจำนวน 81 คน ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าพะยอม อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง และเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากที่เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 2. มีสติสัมปชัญญะ สามารถพูดคุยสื่อสารได้ และ 3. ไม่อยู่ในภาวะที่มีความเจ็บปวด หรือมีอาการของโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ กำลังใส่ฟันเทียมอยู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ด้าน

ด้านที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย/เดือน ท่านมีรายได้หลักมาจากแหล่งใด (ที่ได้มากที่สุด) ท่านมีรายได้เพียงพอหรือไม่ สิทธิการรักษาพยาบาล และ ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

ด้านที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ประสิทธิภาพทำฟันเทียม โรคประจำตัว และ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยอุปสรรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจากแนวคิดและประเด็นเนื้อหาของ เทพฤทธิ์ ไตรพิน (2564) เพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการทำฟันเทียม และอุปสรรคในการใช้บริการทำฟันเทียม ดังนี้

ด้านที่ 1 ระยะทางในการเดินทางมาสถานบริการทำฟันเทียม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

ด้านที่ 2 อุปสรรคในการใช้บริการทำฟันเทียม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย จำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

1.00 – 1.66	หมายถึง	อุปสรรคในการใช้บริการทำฟันเทียม อยู่ในระดับน้อย
1.67 – 2.33	หมายถึง	อุปสรรคในการใช้บริการทำฟันเทียม อยู่ในระดับปานกลาง
2.34 – 3.00	หมายถึง	อุปสรรคในการใช้บริการทำฟันเทียม อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตวิทยา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจากกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Andersen (1995) และการศึกษาของ เทพฤทธิ์ ไตรพิน (2564) ซึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับบริการด้านทันตกรรมของผู้สูงอายุ จำนวน 35 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจรับบริการฟันเทียม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกเพียงคำตอบเดียว

ด้านที่ 2 แรงจูงใจในการทำฟันเทียม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

1.00 – 1.66	หมายถึง	แรงจูงใจในการทำฟันเทียม อยู่ในระดับน้อย
1.67 – 2.33	หมายถึง	แรงจูงใจในการทำฟันเทียม อยู่ในระดับปานกลาง
2.34 – 3.00	หมายถึง	แรงจูงใจในการทำฟันเทียม อยู่ในระดับมาก

ด้านที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับผลของการทำฟันเทียมและการใช้บริการทำฟันเทียม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิด มีเลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผล ดังนี้

0 – 3	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับผลของการทำฟันเทียม อยู่ในระดับต่ำ
4 – 7	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับผลของการทำฟันเทียม อยู่ในระดับปานกลาง
8 – 10	หมายถึง	ความรู้เกี่ยวกับผลของการทำฟันเทียม อยู่ในระดับสูง

ด้านที่ 4 ทักษะที่มีต่อการทำฟันเทียม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับกรณีคำถามเชิงบวกให้ 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย ถึง 1 คะแนน หมายถึงไม่เห็นด้วย กรณีคำถามเชิงลบให้ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย ถึง 3 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

1.00 – 1.66	หมายถึง	ทักษะที่มีต่อการทำฟันเทียม อยู่ในระดับต่ำ
1.67 – 2.33	หมายถึง	ทักษะที่มีต่อการทำฟันเทียม อยู่ในระดับปานกลาง
2.34 – 3.00	หมายถึง	ทักษะที่มีต่อการทำฟันเทียม อยู่ในระดับสูง

ด้านที่ 5 ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการทำฟันเทียม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

1.00 – 1.66	หมายถึง	ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการทำฟันเทียมอยู่ในระดับน้อย
1.67 – 2.33	หมายถึง	ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการทำฟันเทียมอยู่ในระดับปานกลาง
2.34 – 3.00	หมายถึง	ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการทำฟันเทียมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การตัดสินใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น แนวคิดการตัดสินใจรับบริการสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลเชิงบริบทจากพื้นที่ศึกษา เพื่อวัดระดับการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการทำฟันเทียม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงข้อเดียว เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ จาก 3 คะแนน หมายถึง ทำฟันเทียมแน่นอน 2 คะแนน หมายถึง อาจจะทำฟันเทียม และ 1 คะแนน หมายถึงไม่ทำฟันเทียมแน่นอน การแปลผลตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2545) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00	หมายถึง	ทำฟันเทียมแน่นอน
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	อาจจะทำฟันเทียม
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	ไม่ทำฟันเทียมแน่นอน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และ ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) และกำหนดเกณฑ์การยอมรับค่า IOC ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถาม จำนวน 68 ข้อ ผ่านเกณฑ์ IOC ทุกข้อ

2. จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการทันตกรรมในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยและมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า และใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) สำหรับข้อคำถามแบบถูก-ผิด ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.79 - 0.88 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 0.70 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้และสามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นคำขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง และได้รับการอนุมัติก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในกรณีที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการอ่านหรือการเขียน ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบตามที่ผู้ตอบระบุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยอุปสรรค ปัจจัยด้านจิตวิทยา และการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการ ทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับ (Ordinal Logistic Regression) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง ได้แก่ การตรวจสอบพหุสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ซึ่งพบว่าค่า VIF ของตัวแปรอิสระทุกตัวน้อยกว่า 10 และการทดสอบสมมติฐานเส้นขนาน (Test of Parallel Lines) พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) แสดงว่าแบบจำลองมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง รับรองตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน 2568- 17 มิถุนายน 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) มีอายุเฉลี่ย 70.51 ปี ($S.D. = 8.36$) โดยมีอายุต่ำสุด 51 ปี และสูงสุด 96 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 66.70) รองลงมา

หม้าย (ร้อยละ 25.90) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.40) และมีอาชีพปัจจุบันเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 71.60) ด้านเศรษฐกิจ พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 5,281.48 บาท ($S.D. = 5,236.49$) มีฐานะ 5,000 บาท โดยแหล่งรายได้หลักส่วนใหญ่มาจากการทำงานของตนเอง (ร้อยละ 54.30) รองลงมา คือ เบี้ยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 22.20) และเมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 55.60) ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/บัตรทอง (ร้อยละ 77.80) และลักษณะการอยู่อาศัยพบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาและลูกหลาน (ร้อยละ 38.30) ดังตารางที่ 1

2. การตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ตาราง 1 การตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียม ($n = 81$)

รายการ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. หากท่านเคี้ยวอาหารได้ลำบาก ท่านจะตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลป่าพะยอมหรือไม่	2.64	0.57	สูง
2. หากฟันเทียมช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคมให้กับท่าน ท่านจะตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลป่าพะยอมหรือไม่	2.69	0.52	สูง
3. หากท่านสามารถทำฟันเทียมโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านจะตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลป่าพะยอมหรือไม่	2.72	0.50	สูง
4. หากทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ อสม. แนะนำให้ท่านทำฟันเทียม ท่านจะตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลป่าพะยอมหรือไม่	2.70	0.51	สูง
5. หากท่านมีคนใกล้ชิดที่มีประสบการณ์ที่ดีในการใช้บริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลของรัฐ ท่านจะตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลป่าพะยอมหรือไม่	2.68	0.52	สูง
6. หากท่านเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลป่าพะยอมสามารถทำฟันเทียมที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ท่านจะตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลป่าพะยอมหรือไม่	2.74	0.49	สูง
7. ในช่วง 1 ปีนี้ ท่านมีแผนที่จะเข้ารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลป่าพะยอมหรือไม่	2.54	0.65	สูง
8. หากท่านเคยทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลป่าพะยอม และต้องการทำฟันเทียมใหม่ ท่านจะเลือกกลับมาใช้บริการที่โรงพยาบาลป่าพะยอมหรือไม่	2.65	0.57	สูง
9. หากท่านมีเพื่อนหรือญาติที่ต้องการทำฟันเทียม ท่านจะแนะนำโรงพยาบาลป่าพะยอมให้เป็นตัวเลือกแรกหรือไม่	2.75	0.49	สูง
10. หากโรงพยาบาลป่าพะยอมจัดกิจกรรมให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับฟันเทียม ท่านจะสนใจเข้าร่วมและพิจารณาใช้บริการทำฟันเทียมหรือไม่	2.63	0.58	สูง

จากตาราง 1 พบว่า ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.67$, $S.D. = 0.39$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การแนะนำโรงพยาบาลป่าพะยอมให้เพื่อนหรือญาติที่ต้องการทำฟันเทียมเป็นตัวเลือกแรก ($M = 2.75$, $S.D. = 0.49$) รองลงมาคือ ความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลป่าพะยอมสามารถให้บริการทำฟันเทียมที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ($M = 2.74$, $S.D. = 0.49$) และการตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่อสามารถทำฟันเทียมได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ($M = 2.72$, $S.D. = 0.50$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การมีแผนเข้ารับบริการทำฟันเทียมภายใน 1 ปี ($M = 2.54$, $S.D. = 0.65$) อย่างไรก็ตามยังคงอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมในระดับสูง

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียม

ตัวแปร	แน่นอน		อาจไม่ทำ		ไม่ทำแน่นอน		OR Exp(B))	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม								
จำเป็น	52	82.54	10	15.87	1	1.59	2.27	0.008
ไม่จำเป็น	8	44.44	8	44.44	2	11.11	1.00	-
ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการ								
ต่ำ	18	60.00	9	30.00	3	10.00	1.00	-
ปานกลาง	24	77.42	6	19.35	1	3.23	1.63	0.032
สูง	18	90.00	2	10.00	0	0.00	2.11	0.015
ทัศนคติที่มีต่อการทำฟันเทียม								
ต่ำ	16	57.14	10	35.71	2	7.14	1.00	-
ปานกลาง	23	74.19	7	22.58	1	3.23	1.49	0.044
สูง	21	91.30	2	8.70	0	0.00	1.98	0.021
แรงจูงใจในการทำฟันเทียม								
น้อย	20	58.82	12	35.29	2	5.88	1.00	-
ปานกลาง	26	78.79	6	18.18	1	3.03	1.57	0.041
มาก	14	100.00	0	0.00	0	0.00	-	-

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับพบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการ ทัศนคติที่มีต่อการทำฟันเทียม และแรงจูงใจในการทำฟันเทียม ($p\text{-value} < .05$) โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าตนเองจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม มีโอกาสตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมมากกว่าผู้ที่คิดว่าไม่จำเป็น 2.27 เท่า ($OR = 2.27, p\text{-value} = 0.008$) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีความคาดหวังต่อการใช้บริการในระดับสูง มีโอกาสตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมมากกว่าผู้ที่มีความคาดหวังระดับต่ำ 2.11 เท่า ($OR = 2.11, p\text{-value} = 0.015$) ในด้านทัศนคติ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำฟันเทียมมีโอกาสตัดสินใจเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติระดับต่ำ 1.98 เท่า ($OR = 1.98, p\text{-value} = 0.021$) ขณะเดียวกัน แรงจูงใจในการทำฟันเทียมยังมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจระดับปานกลางและระดับมาก มีโอกาสตัดสินใจเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่มีแรงจูงใจระดับน้อย 1.57 เท่า ($OR = 1.57, p\text{-value} = 0.041$) และ 2.34 เท่า ($OR = 2.34, p\text{-value} = 0.009$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

ด้านปัจจัยอุปสรรคในการใช้บริการทำฟันเทียม พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอป่าพะยอมยังคงเผชิญข้อจำกัดบางประการในการเข้าถึงบริการ แม้โรงพยาบาลป่าพะยอมจะเป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ก็ตาม อุปสรรคสำคัญที่พบ ได้แก่ การต้องพึ่งพาผู้อื่นในการจัดหาเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการทำฟันเทียม การต้องรอคิวรับบริการเป็นเวลานาน และการต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางมารับบริการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและความสะดวกในการเข้าถึงบริการยังคงเป็นข้อจำกัดสำคัญของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Andersen (1995) ที่อธิบายว่าปัจจัยด้านทรัพยากรและความสามารถในการเข้าถึงบริการ (enabling factors) เช่น รายได้ การเดินทาง และการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง มีบทบาทสำคัญต่อการใช้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี นาคเจริญ (2564) ที่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่เข้ารับบริการฟันเทียมเนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทาง อย่างไรก็ตาม อุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางและปัญหาสุขภาพที่เป็น

(9/13)

ข้อจำกัดต่อการเดินทางอยู่ในระดับน้อย ซึ่งอาจสะท้อนถึงการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน รวมทั้งความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากระยะทางเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การพึ่งพาผู้อื่น และกระบวนการให้บริการในสถานพยาบาล ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการที่ลดระยะเวลารอคอย เพิ่มความยืดหยุ่นในการนัดหมาย และสนับสนุนการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ อาจช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มโอกาสในการเข้ารับบริการได้มากขึ้น

ด้านแรงจูงใจในการทำฟันเทียม พบว่าผู้สูงอายุมีแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยแรงจูงใจหลักเกี่ยวข้องกับปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร ความมั่นใจในการเข้าสังคม และสภาพลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับประโยชน์ของฟันเทียมทั้งในด้านการใช้งานและด้านจิตสังคม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Andersen (1995) ที่อธิบายว่าความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) โดยเฉพาะความต้องการที่บุคคลรับรู้ด้วยตนเอง (perceived need) เป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี นาคเจริญ (2564) ที่พบว่าปัญหาการบดเคี้ยวอาหารและความมั่นใจในการเข้าสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุตัดสินใจทำฟันเทียม

ด้านความรู้เกี่ยวกับผลของการทำฟันเทียมและการใช้บริการ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของฟันเทียม โดยเฉพาะด้านการช่วยในการบดเคี้ยวอาหาร อย่างไรก็ตาม ยังพบความเข้าใจคลาดเคลื่อนในบางประเด็นเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและความปลอดภัยของการทำฟันเทียม ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างด้านข้อมูลสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเทพฤทธิ์ ไตรพันธ์ (2564) ที่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังมีความเข้าใจไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับกระบวนการรักษาทางทันตกรรม ทั้งนี้ ตามแนวคิดของ Andersen (1995) ความรู้ถือเป็นปัจจัยเอื้อ (enabling factor) ที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจใช้บริการ แต่เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอหากไม่ได้รับการเสริมด้วยแรงจูงใจหรือทัศนคติที่เหมาะสม

ด้านทัศนคติที่มีต่อการทำฟันเทียม พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมองว่าฟันเทียมช่วยเพิ่มความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร เพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม และช่วยเสริมบุคลิกภาพให้ดีขึ้น ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (perceived benefit) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจด้านสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่อธิบายว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาจะช่วยเพิ่มแนวโน้มในการตัดสินใจเข้ารับบริการ (Rosenstock, 1974) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chanthakan และ Srisawat (2022) ที่พบว่าทัศนคติเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำฟันเทียมในผู้สูงอายุ

ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการ พบว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อการให้บริการในระดับมาก โดยให้ความสำคัญกับมาตรฐานความสะอาด ความปลอดภัยของการรักษา และคุณภาพของฟันเทียม ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการและความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Andersen (1995) ในมิติของปัจจัยด้านระบบบริการ (health system factors) ที่มีบทบาทต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพร ยิ่งยง และคณะ (2568) ที่พบว่าความเชื่อมั่นในผู้ให้บริการและมาตรฐานการรักษามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของประชาชน

ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียม ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับ พบว่า โมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของการตัดสินใจของผู้สูงอายุได้ในระดับค่อนข้างดี สะท้อนว่าปัจจัยที่นำมาศึกษามีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ซึ่งสะท้อนว่าการรับรู้ถึงความจำเป็นของการรักษาเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการใช้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Andersen (1995) ที่ระบุว่าปัจจัยด้านความจำเป็น (need factors) เป็นตัวทำนายโดยตรงของการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่อธิบายว่าการรับรู้ความสำคัญของปัญหาสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Rosenstock, 1974) นอกจากนี้ ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการและทัศนคติที่มีต่อการทำฟันเทียม ยังมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ โดยผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการและมีมุมมองเชิงบวกต่อ

(10/13)

การทำพินเทียมมีแนวโน้มตัดสินใจเข้ารับบริการสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ที่อธิบายว่าทัศนคติและความตั้งใจมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรม (Ajzen, 1991) ในขณะที่แรงจูงใจในการทำพินเทียม มีบทบาทสนับสนุนการตัดสินใจ โดยเฉพาะแรงผลักดันที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการบาดเจ็บอาหารและความมั่นใจในการเข้าถึงบริการ ส่วน อุปสรรคในการใช้บริการ มีอิทธิพลในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ เช่น การเดินทาง ค่าใช้จ่าย หรือความสะดวกในการรับบริการ โอกาสในการตัดสินใจเข้ารับบริการจะลดลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Andersen (1995) ในมิติของ ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับพินเทียมไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการกระตุ้นการตัดสินใจ หากไม่ได้รับการเสริมด้วยการรับรู้ถึงความจำเป็น ทัศนคติที่เหมาะสม และแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจเข้ารับบริการทำพินเทียมของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลหลักจากการรับรู้ความจำเป็น ความคาดหวังต่อบริการ และทัศนคติที่มีต่อการรักษา ขณะที่อุปสรรคในการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยที่ลดโอกาสในการตัดสินใจ ดังนั้น การพัฒนาบริการควรมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ถึงความจำเป็นของการใส่พินเทียม เสริมสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ และลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำพินเทียมของผู้สูงอายุโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลำดับ พบว่า สมมติฐานที่ 1 และสมมติฐานที่ 3 ได้รับการสนับสนุนจากผลการวิจัย โดยปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่พินเทียม ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการ ทัศนคติที่มีต่อการทำพินเทียม และแรงจูงใจในการทำพินเทียม มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทำพินเทียมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านอุปสรรคในการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงอุปสรรคในการใช้บริการเพิ่มขึ้น โอกาสในการตัดสินใจเข้ารับบริการจะลดลง อย่างไรก็ตาม สมมติฐานที่ 2 ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผลการวิจัย เนื่องจากไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรู้เกี่ยวกับผลของการทำพินเทียมกับการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ ซึ่งสะท้อนว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการกระตุ้นการตัดสินใจ หากไม่ได้รับการเสริมด้วยการรับรู้ถึงความจำเป็น ทัศนคติที่เหมาะสม และแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

ข้อจำกัดการวิจัยการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียว จึงสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นบริบทของพื้นที่เฉพาะ จึงอาจไม่สามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นได้ทั้งหมด รวมทั้งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง และเนื่องจากการศึกษานี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว จึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนค่าพารามิเตอร์ดังกล่าวได้ ดังนั้นการตีความผลการวิจัยควรพิจารณาภายใต้บริบทของขนาดตัวอย่างและการออกแบบการวิจัยที่ใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาการจัดบริการด้านทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง และหน่วยบริการสุขภาพในระดับชุมชน โดยเฉพาะการส่งเสริมการเข้าถึงบริการทำพินเทียมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่พินเทียม ความคาดหวังเกี่ยวกับการใช้บริการ ทัศนคติเชิงบวก และแรงจูงใจในการทำพินเทียม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ จึงควรมีการพัฒนากิจกรรมให้ความรู้และการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวกับประโยชน์ของการใส่พินเทียมแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษา

นอกจากนี้ หน่วยบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น การจัดระบบบริการที่สะดวกและรวดเร็ว การลดระยะเวลารอคอย การให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการสนับสนุนด้านการเดินทางหรือการเข้าถึงบริการในชุมชน ทั้งนี้ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และครอบครัวของผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจและตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรส่งเสริมการรับรู้ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเชิงรุกเกี่ยวกับผลกระทบของการสูญเสียฟันและประโยชน์ของฟันเทียม เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญและตัดสินใจเข้ารับบริการมากขึ้น
2. ควรพัฒนาคุณภาพบริการด้านทันตกรรมให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับมาตรฐานความสะอาดและความปลอดภัยของสถานบริการ การสื่อสารที่เป็นมิตรของบุคลากร และการปรับระบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย
3. ควรลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาระบบนัดหมายที่ยืดหยุ่นมากขึ้น และส่งเสริมความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการเดินทางหรือการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความเชื่อ และอุปสรรคในการตัดสินใจเข้ารับบริการทำฟันเทียมของผู้สูงอายุ
2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นหรือหลายพื้นที่ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไปของผลการวิจัย

รายการอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2565). รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กชกร แดงสุวรรณ. (2563). การตัดสินใจเลือกใช้บริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในเขตจังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 8(1), 51–68.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2). อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เทพฤทธิ์ ไตรพิน. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุอำเภอสามกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เทพฤทธิ์ ไตรพิน. (2564). พฤติกรรมการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ, 15(3), 112–125.
- นภาพร ศรีบุญเรือง. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมืองลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- พชรพร ยิ่งยง และคณะ. (2568). การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่นและการใช้บริการของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารระบบบริการสุขภาพ*, 12(1), 33–47.
- พัชรารรณ ศรีศิลปนันท์. (2558). *ตำราการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ*. โรงพิมพ์นันทกานต์.
- สุภาวดี นาคเจริญ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุไทย. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 26(2), 45–58.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2564). รายงานผลการจัดบริการฟันเทียมโครงการฟันเทียมพระราชทาน ปี 2564. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Best, J. W. (1977). *Research in education (3rd ed.)*. Prentice Hall.
- Chanthakan, P., & Srisawat, K. (2022). Motivations and factors influencing elderly decision-making for denture services in Thailand. *Journal of Dental Public Health*, 15(3), 45–58.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 11 Factors Related to Dental Service Provision in Primary Care Units in Health Region 11

พรพรรณ ตั้งวงศ์

Pornphan Tangwong

โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Kanchanadit Hospital, Suratthani Province

(Received: March 24, 2026; Revised: April 9, 2026; Accepted: April 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 400 คน ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งชั้นตามจังหวัดและจัดสรรจำนวนตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วนตามขนาดประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 5 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .67–1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .88, .91, .92 และ .93 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้น ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($M = 4.33$, $S.D. = 0.46$) โดยด้านงานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งช่องปากและคอสูงที่สุด รองลงมา คือ งานบริการทันตกรรม งานทันตสาธารณสุขเชิงรุกและบูรณาการตามกลุ่มวัย และงานด้านบริหารจัดการและวิชาการ

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของการให้บริการทันตกรรมได้ร้อยละ 48 ($R^2 = 0.48$)

แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านระบบและการสนับสนุนจากองค์กรมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพการให้บริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ปัจจัยการเข้าถึงบริการ บริการสุขภาพช่องปาก หน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pun_2pun@hotmail.com)

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the factors related to dental service provision in primary care units in Health Region 11. The sample consisted of 400 personnel working in primary care units, including Sub-district health promoting hospitals, Urban Community Health Centers, and primary care units within the primary care network in Health Region 11. The sample size was calculated determined using Taro Yamane's formula, and stratified random sampling was employed, stratified by province with proportional allocation based on population size. The research instrument was a researcher-developed consisting of five parts. Content validity was assessed by three experts, yielding an Item-Objective Congruence Index (IOC) ranging from .67 to 1.00. The reliability of the instrument was examined using Cronbach's alpha coefficient, which were .88, .91, .92, and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple linear regression analysis. The results indicated as follows

1. The overall level of dental service provision in primary care units in Health Region 11 was at the "agree" level ($M = 4.33$, $S.D. = 0.46$). Among the dimensions, dental health promotion and disease prevention had the highest mean score, followed by dental treatment services, proactive and integrated dental public health services for different age groups, and management and academic services, respectively organizational support factors, including management, budget, personnel, and materials and equipment, significantly influenced dental service provision in primary health care units in Health Region 11. The regression model explained 48% of the variance in dental service provision ($R^2 = 0.48$), indicating that systemic and organizational support factors play an important role in enhancing the efficiency of dental service provision at the primary care level.

2. Organizational support factors, including management, budget, personnel, and materials and equipment, had a statistically significant influence on dental service provision in primary care units in Health Region 11. The model explained 48% of the variance in dental service provision ($R^2 = 0.48$).

This shows that system factors and organizational support play an important role in the effectiveness of dental service delivery at the primary care level.

Keywords: Factors of Service Accessibility, Oral Health Services, Primary Care Units

บทนำ

การให้บริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค โดยการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ช่วยลดภาระของโรงพยาบาลขนาดใหญ่และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ชนบท อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการทันตกรรมในพื้นที่ห่างไกลยังเผชิญข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ระดับความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และการขาดแคลนบุคลากร (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2560; วรวรรณ อัสวกุล, 2562) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่า ประชากรกว่า 3.5 พันล้านคนทั่วโลกมีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะในประเทศไทยได้ต่ำและปานกลางที่ขาดทรัพยากรด้านทันตกรรม จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง จากข้อมูลของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 ระบุว่า การเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีและพื้นที่ใกล้เคียงยังอยู่ในระดับต่ำกว่าความคาดหวัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและเด็ก ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการในบางพื้นที่ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11, 2566) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจและการขาดแคลนทันตแพทย์มีผลต่อ

(2/12)

การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี และการสนับสนุนทรัพยากรควบคู่การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงได้ (มหาวิทยาลัยบูรพา, 2560) นอกจากนี้ การพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือทันตกรรม รวมถึงการส่งเสริมความรู้สุขภาพช่องปากแก่ประชาชน มีส่วนสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำและปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก (วรวรรณ อิศวกุล, 2562; กุลสตรี จันทรเสวี, 2563) และตามแนวคิดของ Herzberg (1959) ปัจจัยจูงใจ (Motivators) เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน เช่น ความสำเร็จ การยอมรับ และความก้าวหน้า ส่วนปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันความไม่พึงพอใจ เช่น เงินเดือน นโยบายองค์กร และสภาพการทำงาน แนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาอธิบายแรงจูงใจของบุคลากรที่ส่งผลต่อการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิได้

อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากในประเทศไทยที่กล่าวมาข้างต้น ถึงแม้จะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายหลังการประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและลดความเหลื่อมล้ำในประชากรทุกกลุ่ม และมีการพัฒนาในเชิงนโยบายแต่ยังพบปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือเขตสุขภาพที่มีความซับซ้อนด้านการจัดบริการพื้นที่ สำหรับเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งครอบคลุม 7 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี, ภูเก็ต, กระบี่, พังงา, ระนอง และชุมพร มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 4,408,074 คน (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11, 2566) โดยหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายที่ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีจำนวนรวม 198 แห่ง หน่วยบริการเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากรทันตกรรม ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ และข้อจำกัดด้านงบประมาณยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาบริการทันตกรรมในเขตนี้ จากการศึกษาวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาบริการสุขภาพช่องปากจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายด้าน เช่น ทรัพยากรบุคคล ความพร้อมของเครื่องมือ การบริหารจัดการของหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชน และการศึกษาของ สมชาย ขวัญเจริญและคณะ (2563) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี ชื่นจิตต์และคณะ (2564) ระบุว่า ความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการศึกษาของ วรชัย เกิดสวัสดิ์และคณะ (2565) พบว่า การถ่ายโอนหน่วยงานบริการปฐมภูมิให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นส่งผลกระทบต่อรูปแบบการจัดการและการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งมีทั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ยังคงอยู่ในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) และหน่วยงานที่ถ่ายโอนให้กับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พบว่ามีความแตกต่างในด้านการจัดการและคุณภาพบริการทันตกรรม

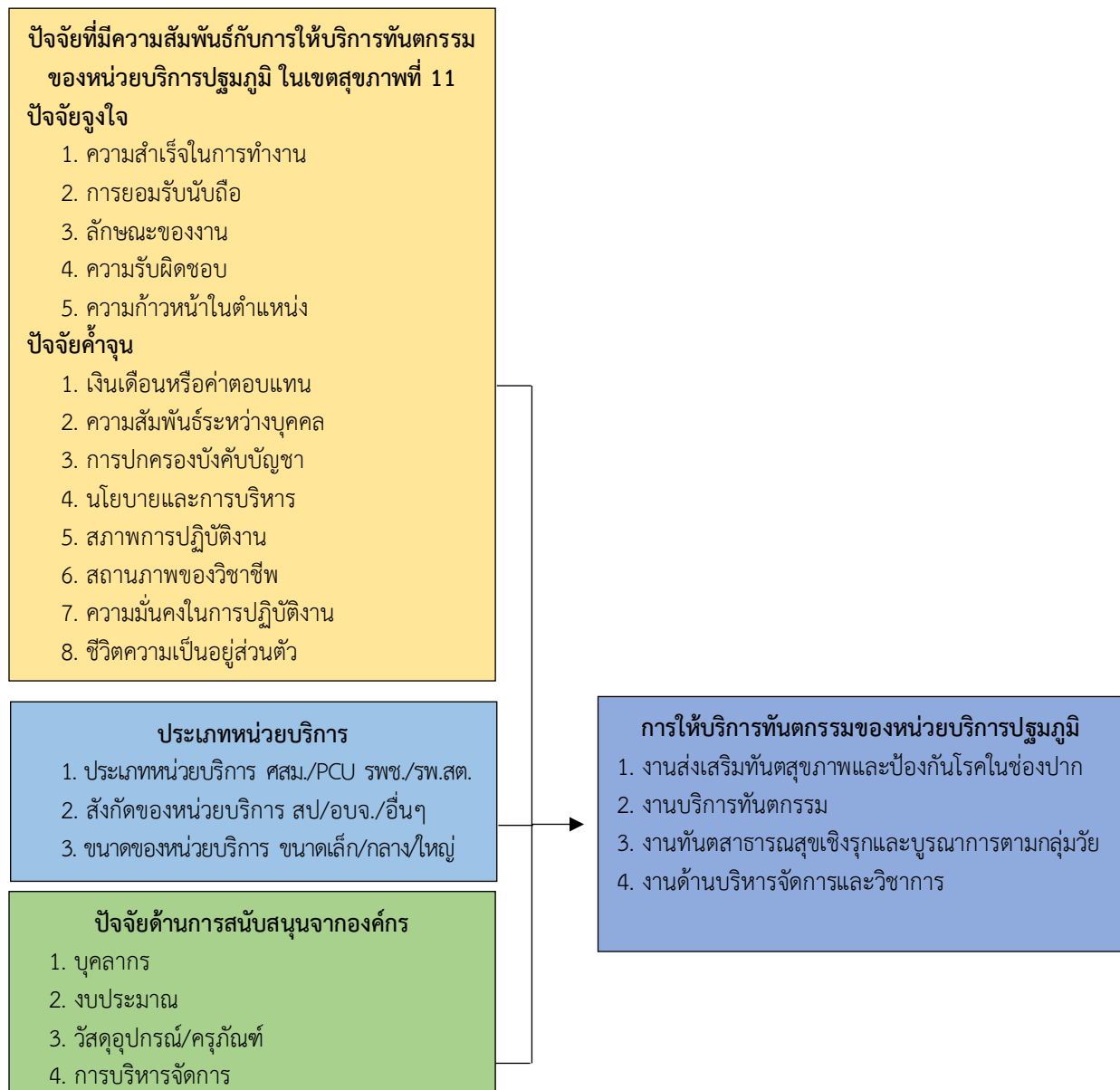
ผู้วิจัยในฐานะทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการทันตกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการกำหนดนโยบายและการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพ ที่ 11

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 11 ที่มีบริบทด้านระบบบริการสุขภาพที่หลากหลาย แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) เน้นความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ควบคู่กับความพร้อมด้านทรัพยากร บุคลากร และการบริหารจัดการของหน่วยบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคลากร เช่น อายุ เพศ ความรู้ และประสบการณ์ (Chen et al., 2020) 2) ปัจจัยเชิงใจและปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความก้าวหน้า การยอมรับ รายได้ และความมั่นคงในการทำงาน ตามแนวคิดของ Herzberg (Herzberg et al., 1959; Park et al., 2021) และ 3) ปัจจัยด้านองค์กร เช่น ประสิทธิภาพบริการ การสนับสนุนทรัพยากร และประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (World Bank, 2017) ปัจจัยดังกล่าวจึงถูกนำมาบูรณาการเพื่อพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตสุขภาพที่ 11 ครอบคลุม 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกระบี่ จังหวัดพังงา จังหวัดภูเก็ต จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งหมด 12,016 คน (ข้อมูลจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสช.) และบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 ครอบคลุม 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง ชุมพร นครศรีธรรมราช และสุราษฎร์ธานี จำนวน 400 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อน .05 จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นตามจังหวัด และจัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วนตามจำนวนประชากรของแต่ละจังหวัด ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน

จังหวัด	จำนวนประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ (คน)
ระนอง	613	42
พังงา	924	46
ภูเก็ต	1,324	52
กระบี่	1,168	50
ชุมพร	1,433	53
สุราษฎร์ธานี	3,098	76
นครศรีธรรมราช	3,456	81
รวม	12,016	400

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขหรือมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น การให้บริการทันตกรรม การส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก การคัดกรองสุขภาพช่องปาก หรือการสนับสนุนการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ในเขตสุขภาพที่ 11 ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลโดยสมัครใจ และ 4) สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) บุคลากรที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือภาวะอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ข้อมูล และ 2) บุคลากรที่อยู่ระหว่างลาพักงาน ลาศึกษา หรือลาออกจากหน่วยงานในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิชาชีพ ตำแหน่งการทำงาน และประสบการณ์ทำงานด้านทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยในการให้บริการทันตกรรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยอ้างอิงแนวคิดของ Herzberg (1959) ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ลักษณะของงาน 4) ความรับผิดชอบ และ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัยค้ำจุน จำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) เงินเดือนหรือค่าตอบแทน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) การปกครองบังคับบัญชา 4) นโยบายและการบริหาร 5) สภาพการปฏิบัติงาน 6) สถานภาพของวิชาชีพ 7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ 8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเภทหน่วยบริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับลักษณะและประเภทของหน่วยบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยอ้างอิงแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ประเภทหน่วยบริการ ศสม./PCU รพช./รพ.สต. 2) สังกัดของหน่วยบริการ สป./อบจ./อื่น ๆ และ 3) ขนาดของหน่วยบริการ ขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น แนวทางการบริหารจัดการงานสาธารณสุขปฐมภูมิ ทฤษฎีการบริหารจัดการองค์กร และเอกสารของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับทรัพยากรและการจัดสรรงบประมาณ จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์/ครุภัณฑ์ และ 4) ด้านการบริหารจัดการ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการให้บริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิ เช่น คู่มือการจัดบริการสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข และแนวคิดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Healthcare Service Theory) (Green & Kreuter, 2005; Ministry of Public Health, 2018) จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) งานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก 2) งานบริการทันตกรรม 3) งานทันตสาธารณสุขเชิงรุกและบูรณาการตามกลุ่มวัย และ 4) งานด้านบริหารจัดการและวิชาการ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2, 4 และ 5 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนจาก 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย (Best, 1981) ดังนี้

1.00 – 1.80	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.81 – 2.60	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
2.61 – 3.40	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
3.41 – 4.20	หมายถึง	เห็นด้วย
4.21 – 5.00	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์ด้านสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่า ค่า IOC ของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง .67–1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำของข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งวัดความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม (Internal Consistency) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของ

(6/12)

แบบสอบถามพบว่าอยู่ในระดับดี โดยแบบสอบถามปัจจัยจิตใจและปัจจัยค่าเงิน = .88 แบบสอบถามประเภทหน่วยบริการ = .91 แบบสอบถามปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร = .92 และแบบสอบถามการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ = .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำเอกสารเพื่อยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับการรับรองแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกให้แก่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 11 โดยก่อนตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด และใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1-2 เดือน ผู้ตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีในการตอบแบบสอบถาม และส่งคืนแบบสอบถามให้แก่ผู้วิจัยหรือผู้ประสานงานของแต่ละหน่วยบริการ
4. ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 400 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่แจกทั้งหมด จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนจะดำเนินการคัดออกก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประเภทหน่วยบริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean; M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; $S.D.$)
2. ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค่าเงิน ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean; M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; $S.D.$)
3. วิเคราะห์ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Linear Regression

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย STPHO2025-225 รับรองตั้งแต่วันที่ 18 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2569

ผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.00) มีอายุเฉลี่ย 39.02 ปี ($S.D.$ = 10.27) โดยมีช่วงอายุระหว่าง 23-58 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 70.25) รองลงมาคือ ต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 16.75) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 13.00) ด้านวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่เป็นทันตภิบาล (ร้อยละ 53.75) รองลงมาคือ ทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 16.75 เท่ากัน) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานทั่วไป (ร้อยละ 87.00) ในด้านประสบการณ์ทำงาน พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 40.75) รองลงมาคือ 11-15 ปี (ร้อยละ 27.75)

ด้านปัจจัยจิตใจในการปฏิบัติงาน พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย (M = 4.21, $S.D.$ = 0.61) ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านความสำเร็จในการทำงาน (M = 4.32, $S.D.$ = 0.56) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ (M = 4.30, $S.D.$ = 0.57) ด้านการยอมรับนับถือ

($M = 4.28$, $S.D. = 0.58$) และด้านลักษณะของงาน ($M = 4.25$, $S.D. = 0.60$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ($M = 3.89$, $S.D. = 0.72$) ซึ่งยังอยู่ในระดับเห็นด้วย

ด้านประเภทหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 45.00) และโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 44.00) ลักษณะการให้บริการส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 56.00) รองลงมาคือ การรักษาโรคเบื้องต้น (ร้อยละ 38.00) หน่วยบริการส่วนใหญ่มีการจัดทีมหมอครอบครัว (ร้อยละ 85.00) และมีบทบาทหลักในการให้บริการสุขภาพในชุมชน (ร้อยละ 78.00) ด้านโครงสร้างการบริหาร พบว่าส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 90.00) และได้รับงบประมาณหลักจากกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 86.00) โดยมีรูปแบบการบริหารแบบทีมงานร่วมกันมากที่สุด (ร้อยละ 82.00) ในด้านขนาดหน่วยบริการ พบว่าหน่วยบริการขนาดเล็กมีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 44.00) และหน่วยบริการส่วนใหญ่รับผิดชอบประชากรมากกว่า 10,001 คน (ร้อยละ 42.00) สำหรับความเพียงพอของทรัพยากร พบว่าส่วนใหญ่ประเมินว่า “ค่อนข้างเพียงพอ” (ร้อยละ 53.00) อย่างไรก็ตาม ยังมีร้อยละ 14.00 ที่เห็นว่า “ไม่เพียงพอ” ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการ

ด้านการสนับสนุนจากองค์กร พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับเห็นด้วย ($M = 4.03$, $S.D. = 0.55$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ($M = 4.23$, $S.D. = 0.52$) รองลงมาคือ ด้านการยอมรับนับถือ ($M = 4.19$, $S.D. = 0.55$) และ ด้านความรับผิดชอบ ($M = 4.11$, $S.D. = 0.66$) ขณะที่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ($M = 3.55$, $S.D. = 0.90$) แม้ยังอยู่ในระดับเห็นด้วย แต่มีความแปรปรวนสูงกว่าด้านอื่น

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ ($n = 400$)

การให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ	M	$S.D.$	ระดับ
งานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก	4.48	0.52	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
งานบริการทันตกรรม	4.43	0.48	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
งานทันตสาธารณสุขเชิงรุกและบูรณาการตามกลุ่มวัย	4.25	0.59	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
งานด้านบริหารจัดการและวิชาการ	4.16	0.58	เห็นด้วย
เฉลี่ยรวม	4.33	0.46	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

จากตาราง 2 พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($M = 4.33$, $S.D. = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ งานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ($M = 4.48$, $S.D. = 0.52$) รองลงมาคืองานบริการทันตกรรม ($M = 4.43$, $S.D. = 0.48$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ งานด้านบริหารจัดการและวิชาการ ($M = 4.16$, $S.D. = 0.58$) แม้ยังอยู่ระดับเห็นด้วย แต่ต่ำกว่าด้านอื่น

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) ของปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ ($n = 400$)

ตัวแปรอิสระ	B	$S.E.$	β	t	$p\text{-value}$
ด้านบุคลากร	0.21	0.07	0.22	3.12	.002
ด้านงบประมาณ	0.34	0.08	0.36	4.13	< .001
ด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์	0.17	0.07	0.18	2.43	.015
ด้านการบริหารจัดการ	0.39	0.09	0.41	4.46	< .001

Model summary: $R^2 = 0.48$

(8/12)

จากตาราง 3 พบว่า ตัวแปรด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลของตัวแปร (β) พบว่า ด้านการบริหารจัดการ มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมมากที่สุด ($\beta = 0.41, p\text{-value} < .001$) รองลงมาคือ ด้านงบประมาณ ($\beta = 0.36, p\text{-value} < .001$) ด้านบุคลากร ($\beta = 0.22, p\text{-value} = .002$) และด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ ($\beta = 0.18, p\text{-value} = .015$) ตามลำดับ แบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 ได้ร้อยละ 48 ($R^2 = 0.48$) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรมีบทบาทสำคัญต่อระดับการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11

การอภิปรายผล

ด้านปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยคำจูน ประเพณีหน่วยบริการ และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยจิตใจและปัจจัยคำจูนอยู่ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรมีแรงผลักดันในการปฏิบัติงานและรับรู้ถึงการสนับสนุนจากองค์กรในระดับที่เอื้อต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ปัจจัยจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับ ลักษณะงานที่ท้าทาย และความรับผิดชอบ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ที่อธิบายว่าแรงจูงใจภายในเป็นตัวกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความทุ่มเทและเพิ่มผลสัมฤทธิ์ของการทำงาน (Herzberg et al., 1959) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยในบริบททันตสาธารณสุขของประเทศไทยที่พบว่าแรงจูงใจของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรและประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน (วิริยา มุลพิชญ์, 2566) ในขณะเดียวกัน ปัจจัยคำจูน เช่น นโยบายองค์กร ความมั่นคงในการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และระบบการบริหารจัดการ ก็มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุขเช่นเดียวกัน เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นพื้นฐานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรให้สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุนในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (World Health Organization [WHO] & UNICEF, 2020) นอกจากนี้ แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในระดับโลกยังชี้ให้เห็นว่าการยกระดับบริการจำเป็นต้องพัฒนาโครงสร้างระบบบริการควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 2022)

ด้านระดับการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ระดับการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่สามารถดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการบูรณาการบริการสุขภาพช่องปากเข้ากับบริการสุขภาพทั่วไปในระดับพื้นที่ รวมทั้งการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง (World Health Organization [WHO] & UNICEF, 2020) นอกจากนี้ รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากโลกยังชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ระดับชุมชน (WHO, 2022)

ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการ ($\beta = 0.41, p\text{-value} < .001$) และด้านงบประมาณ ($\beta = 0.36, p\text{-value} < .001$) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อระดับการให้บริการทันตกรรม ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความเข้มแข็งของระบบบริหารจัดการและการจัดสรรทรัพยากรเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Organizational Support Theory ที่อธิบายว่าการที่บุคลากรรับรู้ถึงการสนับสนุนจากองค์กรจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน (Eisenberger et al., 1986) นอกจากนี้ ด้านบุคลากร ($\beta = 0.22, p\text{-value} = .002$) และด้านวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ ($\beta = 0.18, p\text{-value} = .015$) ก็มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าความเพียงพอของกำลังคนและทรัพยากรทางกายภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนให้การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของพื้นที่

แบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับการให้บริการทันตกรรมได้ร้อยละ 48 ($R^2 = 0.48$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ของการดำเนินงาน โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากโลกที่ระบุว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากจำเป็นต้องเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการควบคู่กับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (WHO, 2022; WHO, 2023)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 โดยเฉพาะการเสริมสร้างการสนับสนุนจากองค์กรในด้านการบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมแรงจูงใจของบุคลากรควบคู่กับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อยกระดับประสิทธิภาพและความครอบคลุมของบริการทันตสาธารณสุขในพื้นที่ อันจะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานระดับเขตสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณด้านทันตสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรส่งเสริมแรงจูงใจของบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขผ่านการยอมรับในผลงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในสายงาน และการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ผู้บริหารหน่วยบริการควรพัฒนาระบบสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรให้เพียงพอ ควบคู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้การให้บริการทันตกรรมสามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เพื่อศึกษามุมมองและประสบการณ์ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจบริบทเชิงลึกของปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการทันตกรรมในระดับพื้นที่ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรขยายการศึกษาไปยังเขตสุขภาพอื่น เพื่อเปรียบเทียบบริบทและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงและการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- กุลสตรี จันทร์เสวี. (2563). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการในประชากรไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนดีโอ อินเตอร์มีเดีย.
- มหาวิทยาลัยบูรพา. (2560). การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิริยา มูลพิศุจน์. (2566). แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันในองค์กรของทันตบุคลากรในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารทันตภิบาล*, 34(1), 57-70.
- วรชัย เกิดสวัสดิ์ และคณะ. (2565). ผลกระทบของการถ่ายโอนหน่วยงานต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในท้องถิ่น. *วารสารนโยบายสาธารณสุข*, 15(1), 56-68.
- วรวรรณ อัสวกุล. (2562). การจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในกลุ่มเป้าหมายจำเพาะในเขตสุขภาพที่ 5. *Srinakharinwirot University Dental Journal*, 12(1), 65-80.
- สมชาย ขวัญเจริญ และคณะ. (2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม. *วารสารทันตกรรมชุมชน*, 12(3), 45-56.
- สุภาวดี ชื่นจิตต์ และคณะ. (2564). ความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์กับคุณภาพบริการทันตกรรมในรพ.สต. *วารสารการจัดการสุขภาพ*, 10(2), 21-34.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปากในเขตสุขภาพที่ 11. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11. (2566). ข้อมูลประชากรเขตสุขภาพที่ 11. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- Best, J. W. (1981). *Research in education 4th ed.* New Jersey: Prentice Hall.
- Chen, X., Zhang, Y., Wang, X., & Li, X. (2020). Factors influencing primary healthcare service provision: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-12.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing (5th ed.)*. New York : Harper Collins.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. McGraw-Hill.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons.
- Ministry of Public Health. (2018). *Manual for Oral Health Services in Primary Care*. Bangkok: Ministry of Public Health.

- Park, S., Lee, S., & Kim, J. (2021). The impact of work motivation on primary healthcare services: A study in rural areas. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(4), 245-256.
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper. & Row.
- World Health Organization. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. WHO.
- World Health Organization, & UNICEF. (2020). *Operational framework for primary health care: Transforming vision into action*. WHO.
- World Health Organization. (2018). *Primary health care: Closing the gap*. Geneva: WHO.
- World Bank. (2017). *Improving health service delivery in developing countries*. Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization. (2020). *Achieving better oral health as part of the universal health coverage*. Retrieved August 20,2024, from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_8-en.pdf
- World Health Organization. (2020). *Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020*. Retrieved November 20,2024, from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารสมาคมการพยาบาลและสุขภาพ

กองบรรณาธิการ วารสารสมาคมการพยาบาลและสุขภาพ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข นวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้านการสอน และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข นวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข นวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง โดยลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 400 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม งดคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)

- Conceptual Framework
- Methods
 - Population and Sample
 - Research Instrument
 - Validity and Reliability of the Research Instrument
 - Data Collection
 - Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2024)

(Nawsuwan & Yodchai, 2024)

(Nawsuwan, Yodchai, & Junwin, 2024)

(Nawsuwan, Yodchai, Junwin, Sungkapinyo, Srijan, Sahaworapan, et al., 2024)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Yodchai, K. (2023). *Patients with Chronic Kidney Disease: Nursing Care and Symptom Management*. (4th ed.). Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for Transferring missions of the Queen Sirikit Health Centers and Tumbon Health Promotion Hospitals to the Provincial Administrative Organization*. Bangkok: Thai Government House. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Kesavadev, J., Jawad, F., Deeb, A., Coetzee, A., Ansari, J., Shrestha, D., et al. (2023). *Pathophysiology of Type 2 Diabetes*. In Rodriguez-Saldana, J. (Eds.), *The Diabetes Textbook*. (pp. 127–142) Springer, Cham.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Health Data Center. (2022). *Percentage of Thai Women Giving Birth Prematurely in Fiscal Year 2022. Maternal and Child Health Standards Reporting Group*. Retrieved March 13, 2024, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>. (in Thai)

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Leecharoen, P., Aramrom, Y., Warahat, J., Sungkapinyo, N., & Wadpe, L. (2023). Factors predicting dementia care competency among village health volunteers of an urban primary care unit, Songkhla province. *Journal of Boromrajonani College of Nursing, Surin*, 13(2), 115-131. (in Thai)

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

Yodchai, K., Khaorapapong, T., Karnjanadecha, M., & Songsriboonsit, B. (2023). Development of a notification delivery specimen system for perioperative Thai nurses via the LINE application. *Digital health*, 9, 20552076231211242. <https://doi.org/10.1177/20552076231211242>

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ ผ่านเว็บไซต์ <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/NIHAJ> หรือ และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพมีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพเป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่าน ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพบุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารสมาคมนวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ

7.1 บทความภาษาไทย	สมาชิกสมาคมฯ	จำนวน 2,500 บาท
7.2 บทความภาษาไทย	บุคคลทั่วไป	จำนวน 3,000 บาท
7.3 บทความภาษาอังกฤษ	สมาชิกสมาคมฯ	จำนวน 4,500 บาท
7.4 บทความภาษาอังกฤษ	บุคคลทั่วไป	จำนวน 5,000 บาท

Template บทความวิจัย

2.54 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, กันตพร ยอดไชย² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Kantaporn Yodchai² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น ¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, ²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ตัวอักษรปกติ บทคัดย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด โดยมีเพียง 1 ย่อหน้า โดยเรียงลำดับความสำคัญของเนื้อหา เช่น วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและอภิปราย อย่างต่อเนื่องกัน.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

→ นวัตกรรม โรคความดันโลหิตสูง

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

2.54 ซม.

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Innovation, Hypertension

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2 ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ)สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกันหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับรายการอ้างอิง (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกันหลัง เช่น

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีรธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 173-186.

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Innovation, Hypertension

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับรายการอ้างอิง (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 173-186.

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735