



Journal of Graduate Studies
for Lifelong Learning

ISSN 3027-883X (Online)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

วารสารบัณฑิตศึกษา เพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต



<https://so15.tci-thaijo.org/index.php/GSLL>

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.พีชรี ผาสุข
(รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

บรรณาธิการบริหาร

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัชย์ ลินสุวรรณ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สำนักบัณฑิตศึกษา

ผู้ช่วยบรรณาธิการบริหาร

1. รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณะ กาลละดี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิรัตน์ ศุภนาททรัพย์
3. อาจารย์ ดร.อภิสิทธิ์ เกษะบุตร

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สำนักบัณฑิตศึกษา

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สำนักเทคโนโลยีการศึกษา

กองบรรณาธิการ

1. ศาสตราจารย์ ดร.ดุสิต เวชกิจ
2. ศาสตราจารย์ ดร.กล้าหาญ ณ น่าน
3. รองศาสตราจารย์ ดร.บำรุง ศรีนวลปาน
4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปาริสุทธิ เฉลิมชัยวัฒน์
5. รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต อุ้อัน
6. รองศาสตราจารย์ ดร.บุญเกียรติ การะเวกพันธุ์
7. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร พุทธาพิทักษ์ผล
8. รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม
9. รองศาสตราจารย์ ดร.วัลภา สบายยิ่ง
10. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง
11. รองศาสตราจารย์ ดร.วฤชาย รมสหายหยุด
12. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิตา เข้มขันติถาวร
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริรัตน์ ชูพันธ์ อรรถพลพิพัฒน์
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาสินี จินตลิขิตดี
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัศดร ไชยพงษ์
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัชชัย ธนโชคสว่าง
17. อาจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทร์วิน
18. อาจารย์ ดร.เจตนิพิฐ สมมาตย์
19. อาจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงอรวรรณ นามมนตรี
20. อาจารย์ศิริมา ศิลพัฒน์

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเกษตรศาสตร์และสหกรณ์ (ข้าราชการบำนาญ)

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแนะแนวและการศึกษาเชิงจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ

และการคุ้มครองผู้บริโภค วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านทันตสาธารณสุข ทันตกรรมป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ

เจ้าของ: สำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120

โทร. 02-5047568

ผู้จัดการวารสาร: นางสาวดวงฤดี โพธิ์สุน

ปก: อาจารย์ ดร.อภิสิทธิ์ เกษะบุตร

ผู้ประสานงานวารสาร: นางอรุณา แยมประดิษฐ์

ออกแบบรูปเล่ม: อาจารย์ ดร.อภิสิทธิ์ เกษะบุตร

จัดรูปเล่ม: นางอรุณา แยมประดิษฐ์

บทบรรณาธิการ

วารสารบัณฑิตศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Journal of Graduate Studies for Lifelong Learning: GSSL) มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความในสาขาสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยมุ่งเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยคุณภาพสำหรับคณาจารย์ นักศึกษา นักวิจัยจากสถาบันการศึกษาต่างๆ รวมถึงผู้ที่สนใจทั่วไป

วารสารบัณฑิตศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 2 แล้ว โดยวารสารฯ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้วในระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2568 และวารสารฯ ฉบับนี้เป็นวารสารฯ ฉบับปัจจุบัน (ปีที่ 2 ฉบับที่ 3) ซึ่งมีกำหนดเผยแพร่ระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2568

สำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกที่ให้ความอนุเคราะห์ประเมินบทความ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเพื่อเสริมสร้างคุณภาพของบทความ นอกจากนี้ ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความเข้ามาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารบัณฑิตศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความที่ดีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการค้นคว้าของทุกท่าน และขอเชิญชวนผู้นิพนธ์ที่สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารบัณฑิตศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตในโอกาสต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรชัย ลินสุวรรณ

บรรณาธิการบริหาร

วารสารบัณฑิตศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

สุกัญญา กาญจนสิชล.....5 - 21

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ

ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

โสฬรินทร์ แก้วมณี, อุดมลิน ไทยเจริญ และตระกูล ศรีสวัสดิ์.....22 - 42

การพัฒนาสื่อแอนิเมชันการจัดการขยะในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์แห่งหนึ่ง

ในจังหวัดปทุมธานี

ภูเบนท์ พันธุ์เวช, สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์, สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ, กุณฑลีย์ บังคะตานรา และ อภิรดี ศรีโอกาส.....43 - 57

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม

จังหวัดนครศรีธรรมราช

นิตา ดิษฐาน และชนิกานต์ วัฒนภิรมย์.....58 - 75

การรักษาผู้ป่วยเด็กแบบพันดกรรมพร้อมมูลในรายที่มีฟันผุหลายตำแหน่ง : รายงานผู้ป่วย

จันทิมา น้อยเขียว..... 76 - 97

Content

	Page
Research article	
Factors Affecting Dengue Fever Prevention and Control Behaviors Among People in Phipun Subdistrict, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province Sukanya Kanchanasichon.....	5 – 21
A Community Participation Model for Addressing the Purchase of Mixed Medicines from Grocery Stores Jebilang Subdistrict, Mueang District, Satun Province Sophin Kaewmanee, Udomsin Thajaroen and Trakul Srisawad.....	22 – 42
Development of Animation Media on Industrial Waste Management among Automotive Parts Factory in Pathum Thani Province Phooben Phunwesh, Sudaw Lertwisuttipaiboon, Sirirat Suwanidcharoen, Goontalee Bangkadanara and Apiradee Sriopas.....	43 – 57
Factors related to cervical cancer screening among women in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province Nisa Ditsathan and Chanikan Wattanapirom.....	58 – 75
Comprehensive Dental Care for a Pediatric Patient with Multiple Carious Lesions : A Case Report Juntima Noikeaw.....	76 –97



ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

สุกัญญา กาญจนสิขล

Received: June 18, 2025

Revised: July 1, 2025

Accepted: July 3, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ส่วนเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการรับรู้ เจตคติ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรมอยู่ที่ ร้อยละ 46.40 ($R^2 = 0.464$)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้ การเสริมสร้างแรงจูงใจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสร้างเจตคติที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นส่วนสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมไปถึงการอบรมฟื้นฟูให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนมีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยนำ / ปัจจัยเอื้อ / ปัจจัยเสริม / โรคไข้เลือดออก / พฤติกรรมป้องกันโรค

ผู้รับผิดชอบบทความ: สุกัญญา กาญจนสิขล นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อน้ำร้อน

E-mail: sukanyaka4690@gmail.com

Factors Affecting Dengue Fever Prevention and Control Behaviors Among People in Phipun Subdistrict, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province

Sukanya Kanchanasichon

Abstract

This cross-sectional survey aimed to examine predisposing, enabling, and reinforcing factors, as well as behavior related to the prevention and control of dengue fever among residents of Phipun subdistrict, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province. The study also aimed to identify the factors that affecting dengue fever prevention and control behaviors among these residents. The sample consisted of 384 individuals. A structured questionnaire was used and the data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple logistic regression.

The results revealed that the participants exhibited high levels of knowledge, perceived factors, enabling factors, reinforcing factors, and dengue fever prevention behaviors. However, their attitudes were at a moderate level. The factors found to influence dengue fever prevention behavior included motivation, perceived factors, attitude, duration of residence in the community, and knowledge. These variables collectively explained 46.40% of the variance in prevention behavior ($R^2 = 0.464$), which was statistically significant at the 0.05 level.

Recommendations from this research include enhancing motivation through relevant agencies and fostering correct attitude toward dengue fever prevention, as these are critical to disease control. Additionally, ongoing community-engaged education and training on dengue fever are essential to raise awareness and promote consistent prevention and control behavior among people.

Keywords: Predisposing factors / Enabling factors / Reinforcing factors / Dengue fever / Prevention behavior

Corresponding Author: Sukanya Kanchanasichon Public Health Technical Officer, Bo Num Ron Sub-District Health Promoting Hospital;
E-mail: sukanyaka4690@gmail.com

1. บทนำ

โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Fever) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอยู่กลายเป็นแมลงนำโรค โรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ก่อนปี 2513 พบการระบาดมากกว่า 100 ประเทศ แต่ละปีมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากถึง 390 ล้านคน และมีประชากรมากกว่าร้อยละ 40 ทั่วโลก มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคดังกล่าวซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอยู่ในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้รับผลกระทบมากที่สุด โดยองค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคไข้เลือดออกเป็น 1 ใน 10 ภัยคุกคามต่อระบบสาธารณสุขโลก (World Health Organization, 2524)

ประเทศไทยเริ่มมีรายงานการระบาดใหญ่ในประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 และมีรายงานการระบาดกระจายออกไปทุกภูมิภาค พบว่า รูปแบบการระบาดที่ไม่แน่นอน มีลักษณะเป็นการเกิดโรคปีเว้นปี ปีเว้นสองปีซึ่งรูปแบบการเกิดโรคไข้เลือดออกเปลี่ยนแปลงไปตามฤดูกาล โดยมีการระบาดส่วนใหญ่พบผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม 0 -14 ปี อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปี อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายใกล้เคียงกัน พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ในเดือนกันยายนจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยลดลง แต่ถ้าหากช่วงปลายปีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลงและยังคงสูงลอย อาจทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่องในปีถัดไปได้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2567) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 จนถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2567 พบผู้ป่วยสะสม จำนวน 92,203 ราย อัตราป่วย 139.11 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่ม 5-14 ปี อายุ 15-24 ปี และอายุ 0-4 ปี ตามลำดับ มีผู้เสียชีวิต 79 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.09 ส่วนใหญ่ผู้เสียชีวิตอายุอยู่ระหว่าง >65 ปีขึ้นไป ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง ไปรักษาซ้ำ มีภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว และมีประวัติซื้อยากินเอง ยา NSIAD (กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา กลุ่มพัฒนาระบบข่าวกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ, 2567) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พบผู้ป่วยสะสม 2,079 ราย อัตราป่วย 134.37 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต จำนวน 4 ราย อัตราป่วย ร้อยละ 0.19 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.04 : 1 โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการ DF, DHF และ DSS ร้อยละ 81.00, 18.00 และ 1.00 ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือกลุ่มอายุ 10 -14 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5- 9 ปี และ 15.24 ปี ตามลำดับ อำเภอพิปูน ติด 1 ใน 10 อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ร้อยละ 128.36 ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช, 2567) ในตำบลพิปูน ติด 1 ใน 3 มีอัตราป่วยสูงสุด ร้อยละ 91.46 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา กลุ่มพัฒนาระบบข่าวกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ, 2567) ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกมีการระบาดกระจายไปทั่วประเทศทุกจังหวัด และอำเภอ การกระจายของโรคไข้เลือดออกมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่คือ ภูมิทัศน์ของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่นของประชากรและการเคลื่อนย้ายของประชากร สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ การขาดความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักของ

ประชาชนในการที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มช่องทางการสื่อสาร ความเสี่ยงให้กับประชาชนทราบ (กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา กลุ่มพัฒนาระบบข่าวกรองและ เฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ, 2567) จากสถานการณ์พบว่า โรคไข้เลือดออกยังคงมีผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในทุกปี ส่งผลให้โรคดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับจังหวัดนครศรีธรรมราชและอำเภอพิปูน ซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อจำกัดการแพร่ ระบาด

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) ในขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ปัจจัยการรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ พฤติกรรม และยังมีปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคไข้เลือดออก และ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ได้แก่ ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก และมีทักษะที่ถูกต้องในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการได้รับแรงจูงใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูล ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมความรู้ ปรับทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

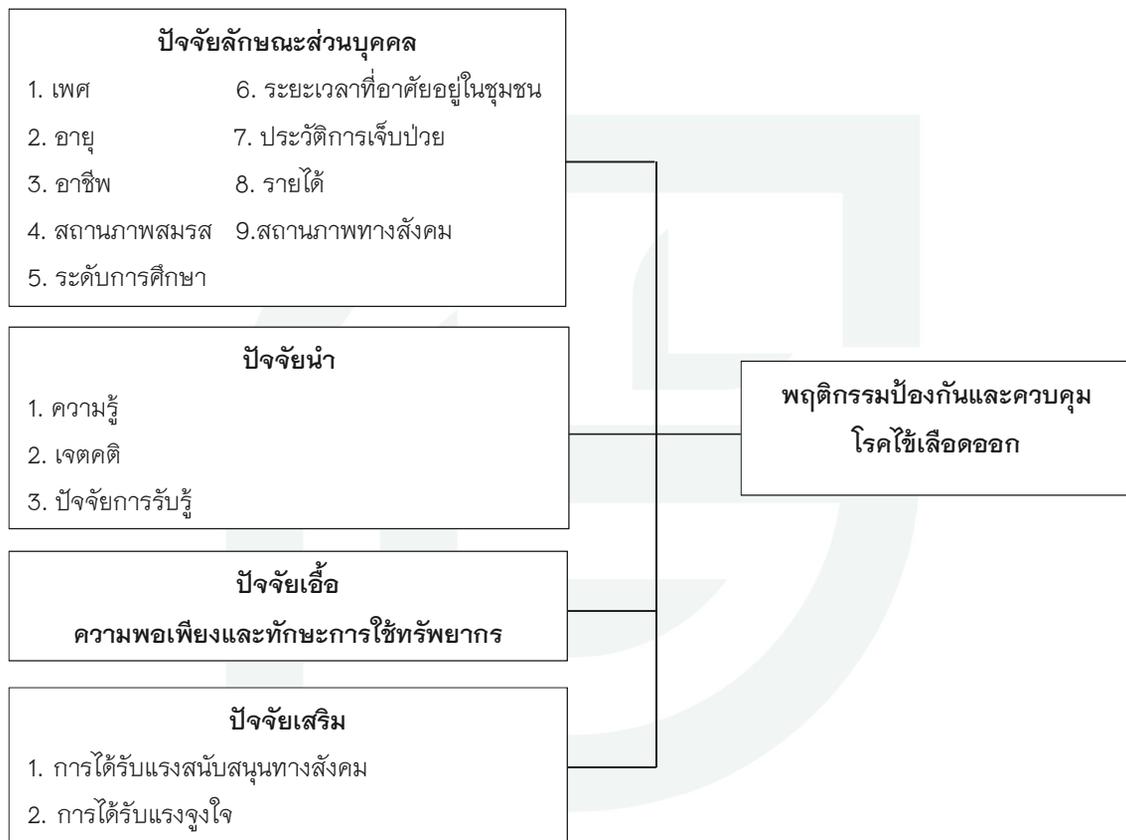
2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลพิปูน อำเภอ พิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) ในขั้นตอนที่ 3 มาเป็นกรอบคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบล พิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ 2) ปัจจัยเอื้อ และ 3) ปัจจัยเสริม ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบล พิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research)

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งสิ้น 3,826 คน

4.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของของ Krejcie and Morgan (Krejcie and Morgan, 1970) จำนวน 349 คน แต่การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อเพิ่มอำนาจในการวิเคราะห์ข้อมูล และเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 384 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1) **ทำการสุ่มเลือกหมู่บ้านในตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช** โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากหมู่บ้านทั้งหมด 7 หมู่บ้าน โดยสุ่มจำนวน 4 หมู่บ้าน ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ได้แก่ บ้านท้ายสำเภา บ้านโนไร่ บ้านตลาดเสาร์ และบ้านเหนือคลอง การเลือกสุ่ม 4 หมู่บ้านจากทั้งหมด 7 หมู่บ้าน ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 50 นั้น ช่วยให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่อย่างเพียงพอ

2) **คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional to size) ของแต่ละหมู่บ้าน**

3) **หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ตามบัญชีรายชื่อ** โดยดำเนินการ นำบัญชีรายชื่อของประชาชนมาจัดเรียงแยกแต่ละหมู่บ้าน หลังจากนั้นกำหนดหมายเลขตามบัญชีรายชื่อตามบ้านเลขที่แต่ละหลัง หาช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้น (Random Start) เพื่อกำหนดสมาชิกคนแรก โดยการหยิบหมายเลข 1 - 384 มา 1 หมายเลข จนกระทั่งครบ 384 ตัวอย่าง และใช้วิธีการนับหน่วยของตัวอย่างไปตามช่วงของการสุ่ม (Random Interval) จากช่วงการสุ่ม 7 คน นับเป็น 1 ตัวอย่าง จนกระทั่งครบ 384 ตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ตามลำนาทะเลเบียน ในตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
4. ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์
2. ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัย

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วย รายได้ และสถานภาพทางสังคม ซึ่งเป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ จำนวน 1 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลตามแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี คะแนนร้อยละ ≥ 80 (12 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 -79 (9-11 คะแนน) และระดับต้องปรับปรุง คะแนนร้อยละ < 60 (น้อยกว่า 9 คะแนน)

2.2 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) จัดเป็น 3 ระดับ คือ เจตคติดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00) เจตติปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66) และเจตคติต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

2.3 ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) จัดเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00) การรับรู้ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66) และการรับรู้ต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเชื้อ

3.1 ความพอเพียงและทักษะการใช้ทรัพยากร จำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่ได้รับเป็นประจำ (5 คะแนน) ถึงไม่ได้รับเลย (1 คะแนน) แปลผล จากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) จัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66) และระดับปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย

4.1 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ

4.2 การได้รับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่ได้รับเป็นประจำ (5 คะแนน) ถึงไม่ได้รับเลย (1 คะแนน) แปลผล จากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) จัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66) และระดับปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ

โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ถึงไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) แปลผล จากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) จัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

4.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามของบุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ (2565) วิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและโรคไข้เลือดออกในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากนั้นนำแบบสอบถามเชิงไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนหมู่ที่ 5 ตำบลพิปูน จังหวัด นครศรีธรรมราช คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าดังนี้ ด้านเจตคติ ด้านการรับรู้ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรม ป้องกันโรคไข้เลือดออก และทั้งฉบับ เท่ากับ .80, .89, .84, .80, .82 และ .83 ตามลำดับ

4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4.1 จัดทำหนังสือถึงประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละหมู่บ้าน จัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4.2 ติดต่อประสานงานกับ อสม. ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการ ตอบแบบสอบถาม โดยให้ อสม. เป็นผู้แจกแบบสอบถาม

4.4.3 ประธาน อสม. เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4.4.4 รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมามาตรวจสอบ ความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.5.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะ ส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

4.5.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Multiple logistic regression) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

4.6 จริยธรรมการวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรอง NSTPH19/2568 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 โดยผู้ช่วยนักวิจัยขอความร่วมมือ และชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยลงลายมือชื่อก่อนตอบแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวมและนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

5. ผลการวิจัย

5.1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.93 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 27.60 อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 77 ปี มีอายุเฉลี่ย 47.27 ปี (S.D. =12.25) โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 48.44 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 72.14 มีระดับการศึกษาที่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 37.24 ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.25 อาศัยอยู่ในชุมชนต่ำสุด 1 ปี มากที่สุด 77 ปี เฉลี่ยร้อยละ 30.42 (S.D. = 17.44) ในรอบ 1 ปี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 98.18 รายได้เฉลี่ยต่อปี น้อยกว่า 100,000 ร้อยละ 64.06 รายได้ต่ำสุด 8,000 บาท สูงสุด 700,000 บาท รายได้เฉลี่ย 99,500.78 (S.D. =84,387.30) กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 74.22

5.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.04 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.23 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 5.73 ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ หลักปฏิบัติที่สำคัญที่สุดในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย คือ การปิดหรือป้องกันภาชนะเก็บน้ำไม่ให้ยุงวางไข่ ร้อยละ 96.61 อากาศมีใช้สูงลอยติดต่อกันเกิน 2 วัน ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และมีจุดแดง ตามแขนขา หรือลำตัว สงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 96.09 การทำลายภาชนะที่ไม่ใช้แล้วและปิดฝาโถงน้ำดื่ม/น้ำใช้สามารถป้องกันการเกิดของยุงที่เป็นพาหะได้ ร้อยละ 93.75 ตามลำดับ

ข้อตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การพ่นหมอกควันกำจัดยุงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 55.21 การใช้เกลือ น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอก ใส่ลงในน้ำรองจานรองขาตู้ไม่สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้ ร้อยละ 58.07 และยุงที่นำโรคไข้เลือดออกออกหากินตั้งแต่เช้าจนเย็น ร้อยละ 62.50 ตามลำดับ โดยมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (n=384)

	ความรู้ (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	ร้อยละ >80 (12 คะแนนขึ้นไป)	196	51.04
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (9 - 11 คะแนน)	166	43.23
ระดับต้องปรับปรุง	ร้อยละ <60 (น้อยกว่า 9 คะแนน)	22	5.73

5.3 ระดับเจตคติ ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับแรงจูงใจ และพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับเจตคติภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D.=0.36) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.67$, S.D.=0.18) ด้านปัจจัยเชื้อ ได้แก่ ความพอเพียงและทักษะการใช้ทรัพยากร ภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.37$ S.D.=0.33) ด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.32$ S.D.=0.52) การได้รับแรงจูงใจภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.43$ S.D.=0.53) และพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.72$ S.D.=0.36) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติ ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับแรงจูงใจ และพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (n=384)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ปัจจัยนำ			
เจตคติ	3.32	0.36	ปานกลาง
ปัจจัยด้านการรับรู้	3.67	0.18	สูง
ปัจจัยเชื้อ			
ความพอเพียงและทักษะการใช้ทรัพยากร	4.37	0.33	สูง
ปัจจัยเสริม			
แรงสนับสนุนทางสังคม	4.32	0.52	สูง
การได้รับแรงจูงใจ	4.43	0.53	สูง
พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.72	0.36	สูง

5.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ปัจจัยด้านการรับรู้ และการได้รับแรงจูงใจ กล่าวคือ เมื่อประชาชนอาศัยอยู่ในชุมชน เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.047 คะแนน ($b = 0.047$) เมื่อประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกลดลง 0.025 คะแนน ($b = 0.025$) เมื่อประชาชนมีเจตคติเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้น 0.225 คะแนน ($b = 0.225$) เมื่อประชาชนมีปัจจัยด้านการรับรู้ เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.556 คะแนน ($b = 0.556$) เมื่อประชาชนได้รับแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 0.254 คะแนน ($b = 0.254$) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 46.40 ($R^2 = 0.464$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปร	b	Beta	t	Sig.
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน	0.047	0.185	4.696	<0.001**
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	-0.025	-0.143	-3.620	<0.001**
เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	0.225	0.226	5.538	<0.001**
ปัจจัยด้านการรับรู้	0.556	0.270	6.709	<0.001**
การได้รับแรงจูงใจ	0.254	0.371	9.569	<0.001**

Constant = 0.332, R = 0.681, R-Square_{adj} = 0.464, SEets = 0.268, F = 65.479

**p-value < 0.01

6. อภิปรายผลการวิจัย

6.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ระดับสูง (ร้อยละ 51.04) โดยข้อคำถามที่ประชาชนตอบถูกมากที่สุด คือ หลักปฏิบัติที่สำคัญที่สุดในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย คือ การปิดหรือป้องกันภาชนะเก็บน้ำไม่ให้ยุงวางไข่ (ร้อยละ 96.61) รองลงมา คือ อากาศมีใช้สูงลอยติดต่อกันเกิน 2 วัน ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และมีจุดแดงตามแขน ขา หรือลำตัว สงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 96.09) การทำลายภาชนะที่ไม่ใช้แล้วและปิดฝาโถงน้ำดื่ม/น้ำใช้สามารถป้องกันการเกิดของยุงที่เป็นพาหุได้ (ร้อยละ 93.75) โดยข้อคำถาม

ที่ตอบผิดมากที่สุด คือ การพ่นหมอกควันกำจัดยุงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 55.21 รองลงมา คือ การใช้เกลือ น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอก ใส่ลงในน้ำรองจานรองขาตู้ไม่สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้ ร้อยละ 58.07 ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ประชาชนทราบถึงอาการและอาการแสดงเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออก สามารถสังเกตอาการของตนเองเบื้องต้นได้ ส่วนการควบคุมโรค ประชาชนทราบดีว่าการควบคุมโรคไข้เลือดออกคือการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายคือ การปิดหรือป้องกันภาชนะเก็บน้ำไม่ให้ยุงวางไข่ และการทำลายภาชนะที่ไม่ใช้แล้วและปิดฝาโถงน้ำดื่ม/น้ำใช้สามารถป้องกันการเกิดของยุงที่เป็นพาหะได้ แต่ประชาชนยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่า การพ่นหมอกควันเป็นวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นการทำลายยุงตัวแก่ ไม่ใช่การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายตั้งแต่ต้น และยังไม่ทราบว่า การใช้เกลือ น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอก ใส่ลงในน้ำรองจานรองขาตู้สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ศรแก้ว (2565) ความรู้ของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ซึ่งประชาชนทราบว่าโรคไข้เลือดออกมียุงลายเป็นพาหะ และการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญที่สุด

สำหรับด้านเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D.=0.36) โดยประชนมีเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกสัปดาห์ การทำความสะอาดภาชนะที่เก็บน้ำดื่ม/น้ำใช้ทุก 7 วันสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ และการพับเสื้อผ้าแทนการแขวนรวมกันบนราวภายในบ้านเป็นการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง แต่ทั้งนี้ประชาชนยังตอบผิดว่าการพ่นหมอกควันบริเวณรอบตัวบ้านและในท่อระบายน้ำก็เพียงพอสำหรับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับความรู้เกี่ยวกับการพ่นหมอกควันเป็นวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา หล้าอุดม และคณะ (2567) พบว่าประชาชนใน อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกคน และทุกคนในชุมชนควรให้ความร่วมมือในการรณรงค์กำจัดยุงลาย

สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.18) แยกเป็นรายด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงภายในบ้านเป็นการป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ หากเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน ถ้าประชาชนไม่ป้องกันควบคุมยุงลายนำโรคสามารถแพร่ระบาดได้ และเมื่อท่านหรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคไข้เลือดออกท่านจะแจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลา อันตรายที่สำคัญของโรคไข้เลือดออก คือ ภาวะช็อค ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ เพราะทุกคนมีโอกาสเสียชีวิตจากการเป็นโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ (2562) พบว่าประชาชนบ้านหนองอีเป้า ตำบลขอนแก่น อำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

การที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร จากการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ หรือการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ทำให้ประชาชนเกิด การรับรู้ต่อการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกมากขึ้นและส่งผลให้ประชาชนมีแนวโน้มในการแสดงออกทางพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีขึ้นด้วย

6.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงและทักษะการใช้ทรัพยากร อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.37$, S.D.=0.33) เนื่องด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อน้ำร้อน มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ได้ให้คำแนะนำอย่างในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังทั้งภายในและภายนอกบ้านอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งประชาชนได้รับการอบรมหรือให้ความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และได้รับทราบกำจัดลูกน้ำจาก รพ.สต. อบต./เทศบาล ในช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของทุกภาคส่วน สามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ (2562) พบว่าประชาชนบ้านหนองอีเป้า ตำบลขอนแก่น อำเภอภูคด จังหวัดอุดรธานี ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง เมื่อมีทรัพยากรอย่างเพียงพอในการ ป้องกันและควบคุมโรค จึงมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น มีทรัพยากรในการป้องกันยุงกัด มีการสนับสนุนทรายอะเบท สารเคมีในการพ่นหมอกควัน หรือมีอุปกรณ์ป้องกันมิให้ยุงวางไข่

6.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 4.32$, S.D.=0.52) อยู่ในระดับสูง ซึ่งเมื่อมีผู้ป่วยไข้เลือดออกในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมาสอบสวนโรค พร้อมนำสเปรย์และทรายกำจัดลูกน้ำมาให้เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย และได้รับบริการพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงลายจาก อบต./เทศบาล อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ได้แนะนำการใช้สมุนไพร เกสือ น้ำส้มสายชู ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. อบต./เทศบาล ให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ส่วนการได้รับแรงจูงใจ ($\bar{X} = 4.43$, S.D.=0.35) อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ได้กระตุ้นให้สำรวจลูกน้ำยุงลายเป็นประจำ ประชาชนมีการจัดบ้านให้สะอาด และทำให้อากาศภายในบ้านถ่ายเทสะดวก ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. จะสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออก อีกทั้งเมื่อประชาชนเห็นภาชนะที่ไม่ใช้แล้ว เช่น ถังพลาสติก กะละมัง ขวด กะลา ยางรถยนต์ ที่อยู่ภายในบ้านหรือบริเวณบ้าน ก็จะกำจัดภาชนะเหล่านั้น จนทำให้บ้านของท่านน่าอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา หล้าอุดม และคณะ (2567) พบว่าประชาชนในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง การได้รับแรงจูงใจ ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำจาก อสม. และเจ้าหน้าที่ของรัฐให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

6.4 พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ($\bar{X} = 3.72$, S.D.=0.36) อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีการสำรวจภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งในบ้านและนอกบ้าน จัดข้าวของภายในบ้านและรอบ ๆ บ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เพื่อมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และกำจัดภาชนะที่ไม่ใช้แล้ว เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโรคไข้เลือดออกจากบุคคลในบ้านหรือเพื่อนบ้าน

อีกทั้งได้นำความรู้ที่ได้จากบุคลากรสาธารณสุข หรือ อสม. ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีบางประเด็นที่ประชาชนมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ได้แก่ มีการปิดบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงเข้าบ้านทั้งกลางวันและกลางคืน กำจัดขยะโดยการเผา เพื่อให้ควันไฟไล่ยุง และไม่ได้ปิดภาชนะเก็บน้ำในบ้าน เพราะท่านใช้น้ำหมดไม่เกิน 1 สัปดาห์ทุกครั้ง ยุงจึงไม่สามารถวางไข่ได้ ($\bar{X} = 2.76$, S.D.=1.25) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ (2562) พบว่าประชาชนบ้านหนองฮีเป่า ตำบลชอนชุม อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ประชาชนดูแลบ้านและบริเวณบ้านของตนเอง ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

6.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ตำบลพิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ที่ยอดเขา 46.40 ($R^2 = 0.464$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) โดยปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุด และเป็นไปในทางบวก คือ ปัจจัยเสริม การได้รับแรงจูงใจ แสดงให้เห็นว่า การได้รับแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เพื่อนบ้าน การให้คำแนะนำ และการกระตุ้นให้สำรวจลูกน้ำยุงลายเป็นประจำและจัดบ้านให้เรียบร้อย รวมถึงการกำจัดภาชนะที่ไม่ใช้แล้วอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งปัจจัยนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรพล สิริปยานนท์ (2563) พบว่า ปัจจัยเสริม การได้รับการ แรงจูงใจจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในชุมชน และการได้รับการ สนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อน อสม. และครอบครัว ส่งผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอชวบารมี จังหวัดพิจิตร

สำหรับปัจจัยการรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกไปในทางบวก แสดงให้เห็นว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย อาการของโรคไข้เลือดออก การป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปฐุมวี ปวงพรหมา และคณะ (2565) ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญที่ .05

สำหรับเจตคติ ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกไปในทางบวก แสดงให้เห็นว่า การมีเจตคติในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การทำความสะอาดภาชนะที่เก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ทุก 7 วัน การปล่อยปลาหางนกยูงลงในอ่างบัวเป็นการป้องกันยุงไปวางไข่ ซึ่งเป็นการป้องกันลูกน้ำยุงลายทางกายภาพ และชีวภาพ ประชาชนมีเจตคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกไปในทางที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ศรแก้ว (2565) ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำทุก 7 วัน การปล่อยปลาหางนกยูงลงในอ่างบัวเป็นการป้องกันยุงไปวางไข่ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ไปในทางบวก แสดงให้เห็นว่าการอาศัยอยู่ในชุมชนเพิ่มขึ้น ประชาชนได้รับข่าวสารมากขึ้น มีการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา มัททวงกูร และคณะ (2565) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของประชาชน ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ไปในทางลบ แสดงให้เห็นว่า ประชาชนมีความรู้ไม่ถูกต้อง ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตามไปด้วย โดยข้อที่ตอบผิด มากที่สุด คือการพ่นหมอกควันกำจัดยุงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรค ไข้เลือดออก และการใช้เกลือ น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอก ใส่ลงในน้ำรองจานรองขาตู้ไม่สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้ เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครต้องมีการอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ สร้างเข้าใจให้กับประชาชนที่จะสามารถป้องกันและ ควบคุมโรค ไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ (2562) พบว่าความรู้ เป็นปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่อาศัยความรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่จะต้องมีแรงจูงใจอย่างเพียงพอจึงจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของ ประชาชนบ้านหนองอีเป่า ตำบลหนองยุง อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

7.1 การได้รับแรงจูงใจ ปัจจัยการรับรู้ เจตคติ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ไปในทิศทางบวก ฉะนั้นการได้รับแรงจูงใจ ได้รับคำแนะนำ คำชมเชย จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ซึ่งทำให้มีแรงจูงใจ เป็นส่วนสำคัญในการป้องกัน โรค ไข้เลือดออก ปัจจัยด้านการรับรู้ และการสร้างเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรค ไข้เลือดออก รวมไปถึง การอาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ ดังนั้นหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต. อบต. เทศบาล อสม. ผู้นำชุมชน มีการส่งเสริมสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ เคมีภัณฑ์ในการควบคุมโรคอย่างเพียงพอ สร้างแรงจูงใจ และมีเจตคติที่ดีในการป้องกันโรค และควบคุมโรค ไข้เลือดออก

7.2 ความรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออก เป็นไปใน ทิศทางลบ จึงควรต้องมีการอบรมฟื้นฟูให้ความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยการ มีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนมีการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อย่างต่อเนื่อง

8. สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้ยังมีประชาชนที่มีความรู้ไม่ถูกต้อง เพราะประชาชนคิดว่าการพ่นหมอกควันเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ฉะนั้นเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต./เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกที่ถูกต้องให้กับประชาชน

9. เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. (2567). *สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา. กรมควบคุมโรค*, <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1620120240923050400.pdf>.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2567). *รายงานพยากรณ์โรคใช้เลือดออก ปี 2567*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค, กองระบาดวิทยา, กลุ่มพัฒนาระบบข่าวกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคใช้เลือดออก*. https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_DOE/views/DDS2/sheet33?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y.
- ชนิดา มัททวงกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อัมพร สิทธิจาด และอัครเดช น้อยสิริวัฒนา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(34), 34-48.
- ชลธิชา หล้าอุดม, จิรปรียา บุญสงค์ และกรณ์ทอง เวียงแก้ว. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนในตำบลหนองกิ้ง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 30(1), 95-106.
- บุญประจักษ์ จันทร์วิน, นรานุช ชะระเขื่อน และวัลลภา ดิษสระ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันและโรคใช้เลือดออกในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 29(2), 204-217.
- ปฐมวี ปวกพรหมา, อลิสสา นิติธรรม และณัฐกฤตา ศิริโสภณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 68-77.
- วิทยา ตรีแก้ว. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(1), 1-14.

- รัชฎาภรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาลีอาจ และชลกาทร ทรงศรี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนบ้านหนองอีเป้า ตำบลหนองสูง อำเภอกุดจับ จังหวัดอุตรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 2(2), 26–34.
- สุรพล สิริปิยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดพิบูลย์. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(8), 85–121.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช. (2567). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปี 2567*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Prentice–Hall.
- Bloom, B. S. (1976). *Human Characteristic and School Learning*. McGraw–Hill Book.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health Program An Educational And Ecological Approach* (4th ed.). Mc Graw–Hill.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- World Health Organization. (2024, April 23). *Dengue and severe dengue*. <https://www.who.int/new>



รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ ปัญหาการชื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือเมือง จังหวัดสตูล

โสพิณทร์ แก้วมณี¹, อุดมสิน ไทยเจริญ² และตระกูล ศรีสวัสดิ์³

Received: June 4, 2025
Revised: August 6, 2025
Accepted: August 15, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญห การชื้อยาชุดจากร้านชำ แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) สภาพปัญหาการชื้อยาชุดจากร้านชำ 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการแก้ปัญหการชื้อยาชุดจากร้านชำ 3) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 21 คน ประชาชนที่ชื้อยาชุดจากร้านชำ 63 คน และผู้ประกอบการร้านชำ 22 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เิงพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย 1) สภาพปัญหาการชื้อยาชุดจากร้านชำ พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโทษและอันตรายจากยาชุด ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.60 พฤติกรรมเกี่ยวกับการชื้อยา ระดับน้อย ร้อยละ 52.38 ร้อยละ 58.73 และพบว่า ร้านชำมีการจำหน่าย ยาสามัญประจำบ้านร้อยละ 72.27 จำหน่ายยาอันตรายร้อยละ 22.72 จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่มีทะเบียนและยาหมวดอายุ หรือยาเสื่อมคุณภาพ 4.50 2) ผลการพัฒนาทำให้ประชาชน มีรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหการชื้อยาชุด จากร้านชำ มีความเหมาะสม และประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินการทุกขั้นตอน มีมาตรการทางสังคมในการแก้ปัญหการชื้อยาชุด จากร้านชำ ประชาชน ผู้ประกอบการ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายช่องทาง และได้รับข่าวสารที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และ 3) การประเมิน ประสิทธิภาพรูปแบบในประชาชน พบว่า ความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อรูปแบบการแก้ปัญหการชื้อยาชุดจากร้านชำ หลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ร้านชำจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน ก่อนพัฒนา ร้อยละ 72.27 หลังพัฒนา ร้อยละ 95.50 จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่มีทะเบียนและยาหมวดอายุ ก่อนพัฒนา ร้อยละ 4.50 หลังพัฒนาไม่พบ จำหน่าย

ข้อค้นพบจากการวิจัยควรนำรูปแบบไปประยุกต์ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน และควรมีการสนับสนุนสื่อความรู้ โดยนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ ในการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และมีพฤติกรรมการใช้ยา อย่างปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน / ปัญหาการชื้อยาชุดจากร้านชำ / การคุ้มครองผู้บริโภค

¹ **ผู้รับผิดชอบบทความ:** โสพิณทร์ แก้วมณี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง 13 หมู่ที่ 2 ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือเมือง จังหวัดสตูล
E-mail: pond787@gmail.com

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือเมือง จังหวัดสตูล

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมือเมืองสตูล อำเภอมือเมืองสตูล จังหวัดสตูล

³ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล

A Community Participation Model for Addressing the Purchase of Mixed Medicines from Grocery Stores Jebilang Subdistrict, Mueang District, Satun Province

Sophin Kaewmanee¹, Udomsin Thaijaroen² and Trakul Srisawad³

Abstract

This research and development project aimed to develop and evaluate the effectiveness of a community participation model to address the issue of purchasing mixed medicine from grocery stores. The study was divided into three phases: 1) investigating the current situation regarding the purchase of mixed medications from grocery stores; 2) developing a community participation model to solve the problem; and 3) evaluating the effectiveness of the developed model. The sample consisted of 21 stakeholders, 63 community members who had purchased mixed medications from grocery stores, and 22 grocery store operators. The research tools included questionnaires, and the data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The research revealed the following findings: 1) the public demonstrated a moderate level of knowledge regarding the dangers and harmful effects of mixed medications (55.60%), while their behavior concerning drug purchases remained low (52.38%). Additionally, 58.73% of respondents reported buying drugs from grocery stores. An assessment of these stores showed that 72.27% sold over-the-counter drugs, 22.72% sold dangerous drugs, and 4.50% sold unregistered herbal products or expired/substandard drugs; 2) The community participation model developed was found to be appropriate, with public involvement observed throughout the process. Social measures were implemented, and both community members and store operators gained access to reliable health information through various channels, contributing to improved knowledge; and 3) After implementation, the public's knowledge, behavior, and satisfaction significantly increased compared to pre-intervention levels ($p < 0.05$). Additionally, the proportion of stores selling over-the-counter drugs increased from 72.27% to 95.50%, while the sale of unregistered herbal products and expired or substandard drugs decreased from 4.50% to 0%.

These findings suggest that the developed model should be adapted and applied in other areas facing similar issues. There should also be support for educational media, with the integration of new technologies to promote continuous learning, in order to enhance public knowledge and encourage safer medication practices among the population.

Keywords: Community participation / Problems with buying mixed medicine from grocery stores / Consumer Protection

¹ **Corresponding Author:** Sopin Kaewmanee, Je Bilang Subdistrict Health Promoting Hospital, Je Bilang Subdistrict, Mueang District, Satun Province, E-mail: pond787@gmail.com

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Je Bilang Subdistrict Health Promoting Hospital, Je Bilang Subdistrict, Mueang District, Satun Province

² Registered Nurse, Mueang Satun District Public Health Office, Mueang Satun District, Satun Province

³ Medical Technologist, Khuan Don Hospital, Khuan Don District, Satun Province

1. บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยและก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้หลายช่องทางเช่นสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลเอกชน ร้านขายของชำ รถเร่ ทางออนไลน์หรือสื่อต่าง ๆ การโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ผู้บริโภคจึงตกเป็นเหยื่อจากการซื้อผลิตภัณฑ์หรือยาที่ไม่มีมาตรฐาน ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ได้มีนโยบายด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง และมีนโยบายเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่จากการศึกษาความชุกและการกระจายของสินค้าไม่ปลอดภัย และจากการประเมินความเสี่ยงและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาด้วยหลักเกณฑ์การจัดลำดับ 5 อันดับแรก ปี 2557 ใน 4 ภาค 60 จังหวัด ในส่วนที่เกี่ยวกับยาคือ สเตียรอยด์ปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพ และยาไม่เหมาะสมในชุมชน โดยพบการระบาดของสเตียรอยด์ในยาชุด ยาแผนโบราณ อาหารเสริม จากรถเร่ ร้านชำ ร้านยา ทั้งนี้พบว่าคนไทยมีปัญหาทางจากการใช้ยาเตียรอยด์ไม่เหมาะสม 6 ล้านคน มีการเสียชีวิต 0.38 ล้านคน และเพิ่มค่าใช้จ่ายการรักษา 1,900 ล้านบาทปี นอกจากนี้คลินิกและร้านยามีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคที่ส่วนมากไม่จำเป็นต้องได้ ยาปฏิชีวนะประมาณ 40-60 % พัชราพรพรณ กิจพันธ์ และจันทรรัตน์ ลิทธิวรนนท์ (2561) การศึกษาของรุ่งทิพย์ ทิศแดง และสุพัฒน์ จำปาหวาย (2562) พฤติกรรมการใช้ยาชุดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาชุดของประชาชน ตำบลเปือยใหญ่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาชุดร้อยละ 55.4 มีความรู้ระดับสูงร้อยละ 57.0 และมีเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชุดในระดับปานกลางร้อยละ 60.3 อาชีพเกษตรกรใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 3.12 เท่า ($p = 0.029$) ผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่เป็นเบาหวาน 2.19 เท่า ($p = 0.033$) ผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำและปานกลางใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูง 2.27 เท่า ($p = 0.003$) และผู้ที่มีเจตคติระดับปานกลางใช้ยาชุดมากกว่าผู้ที่มีเจตคติระดับสูง 3.86 เท่า ($p < 0.001$)

สำหรับจังหวัดสตูล พบว่าประชาชนมีการซื้อยาชุดจากร้านชำ ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่าร้อยละ 25.10, 32.23, และ 35.17 ตามลำดับ ประชาชนมีการซื้อยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาชุด และยาที่มีสเตียรอยด์ จึงเกิดความเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาไม่ว่าจะเป็นภาวะดีอียา การแพ้ยา เช่น เกิดผื่น ปากบวม หน้าบวม ผิวหนังลอก ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีร้านชำเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเป็นพื้นที่ทางเศรษฐกิจ ประชาชนสามารถหาซื้อยาได้ง่ายทำให้มีโอกาสได้รับอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จากสำรวจข้อมูล ปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า ประชาชนซื้อยาชุด ร้อยละ 18.66, 21.67, 24.13 จากการซักประวัติผู้ป่วยบางรายที่เข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีการซื้อยาชุดจากร้านชำมารับประทาน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนมีการซื้อยาชุดจากร้านชำเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ประชาชนได้รับอันตรายจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล และยังเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ทางสถานบริการมีการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า มีเพียงการอบรม

การจัดตั้งชมรมผู้ประกอบการร้านค้า และการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน แต่ด้านความรู้ และพฤติกรรมของประชาชน ยังไม่มีการดำเนินการ จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ธนพัฒน์ ชัยะโสทธิ และคณะ (2557)

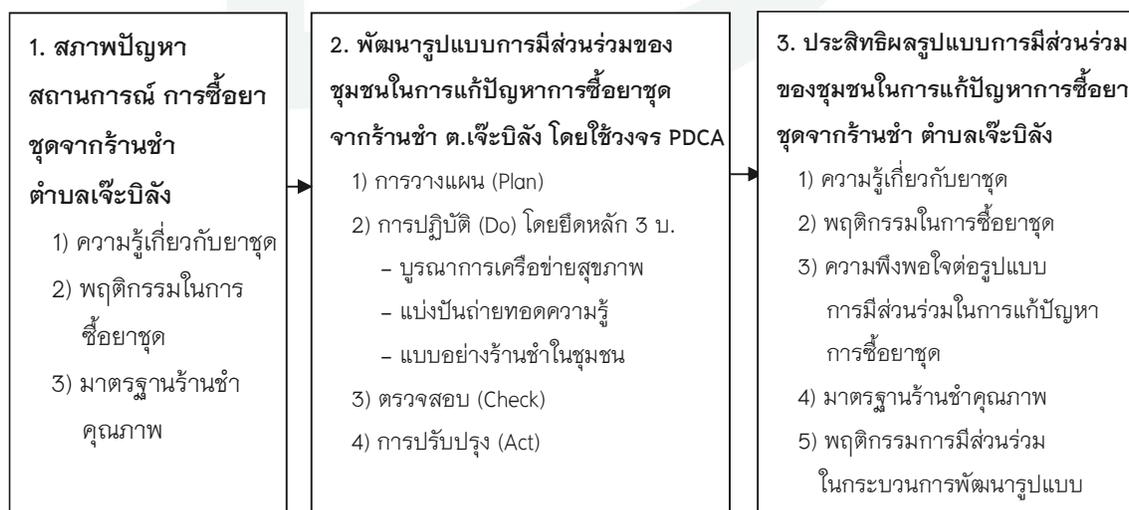
จากการทบทวน แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการซื้อยาชุดยังเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ มะลิสา บุญรัตน์ (2557) ดังนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน และส่งเสริมให้ผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายยาที่มีคุณภาพ ประชาชนมีความปลอดภัยในใช้อย่างมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
- 2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
- 2.3 เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PDCA (Deming, 1982) มี 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นการวางแผน (Plan) 2. ขั้นการปฏิบัติ (Do) 3. ขั้นตรวจสอบ (Check) และ 4. ขั้นดำเนินการ, ปรับปรุง (Act)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ปัญหา สถานการณ์ การซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

1.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นประชาชนที่ซื้อยาจากร้านชำมารับประทาน มีภูมิลำเนา และมีชื่อขึ้นทะเบียนราษฎร เขตตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปีขึ้นไป จำนวน 2,125 คน (ข้อมูล 1 มิถุนายน 2566)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 ประชาชนที่ซื้อยาชุดมารับประทาน จำนวน 63 คน คัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เป็นผู้ที่ซื้อยาชุดจากร้านชำมารับประทาน ในช่วงเดือนมีนาคม-ธันวาคม 2566, พักอาศัยในพื้นที่ตำบลเจ๊ะบิลัง ไม่น้อยกว่า 1 ปี, เพศชายหรือหญิง, อายุ 20-59 ปี และสามารถสื่อสารได้อ่านออกเขียนได้และยินดีให้ข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เป็นประชาชนที่ไม่ได้ซื้อยาชุดจากร้านชำมารับประทานในช่วงเดือนมีนาคม-ธันวาคม 2566, พักอาศัยในพื้นที่ตำบลเจ๊ะบิลังน้อยกว่า 1 ปี, ไม่สามารถสื่อสารหรืออ่านออกเขียนได้, ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด

1.2.2 ผู้ประกอบการร้านชำ

 จำนวน 22 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เป็นผู้ประกอบการจำหน่ายยาร้านชำ, พักอาศัยในตำบลเจ๊ะบิลังเพศชายหรือหญิง อายุ 20-59 ปี, สามารถสื่อสารได้อ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ข้อมูลในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เป็นผู้ประกอบการที่ไม่ได้จำหน่ายยาร้านชำ, ไม่ได้พักอาศัยในตำบลเจ๊ะบิลัง, ไม่สามารถสื่อสารหรืออ่านออกเขียนได้และไม่ยินดีให้ข้อมูลในการศึกษา

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 แบบสอบถามรูปแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำนวน 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้เกี่ยวกับโทษและอันตรายจากยาชุด เป็นแบบให้
เลือกตอบ ใช่ / ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ยาชุดลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ / ไม่ใช่ จำนวน
10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่เป็นบวก	ข้อความที่เป็นลบ
1 หมายถึง ใช่	0 หมายถึง ใช่
0 หมายถึง ไม่ใช่	1 หมายถึง ไม่ใช่

ดังนี้

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยใช้หลักการแปล (Best, 1970)

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.33	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 0.34 – 0.66	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.00	หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการซื้อยาของประชาชน เป็นแบบประเมินค่า
ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 3 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด (2549) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง
ไม่ปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้เกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน 1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ จำนวน 0 คะแนน

ดังนี้

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยใช้หลักการแปล (Best, 1970)

คะแนนระหว่าง 0.00 – 0.66	หมายถึง ไม่ปฏิบัติ
คะแนนระหว่าง 0.67 – 1.32	หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง
คะแนนระหว่าง 1.33 ขึ้นไป	หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

1.3.2 แบบประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ของจังหวัดสตูล จำนวน 4 ข้อ

1.4 การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัย ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ กำหนดประเด็นต่าง ๆ ที่ตรวจสอบแล้วนำมาเขียนเป็นข้อคำถาม จากนั้นนำแบบทดสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของข้อความ และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Object Congruence: IOC) (บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์, 2545) ได้ค่าความสอดคล้อง 0.90 ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ แล้วนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบทดสอบมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) พบว่า ความเที่ยงแบบ Kuder Richardson 20 (KR 20) ของแบบวัดความรู้เท่ากับ 0.74 ความเที่ยงของแบบวัดการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.72 และแบบวัดความพึงพอใจ เท่ากับ 0.73

1.5 การรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในระยะศึกษาปัญหา เป็นการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโทษอันตรายจากยาชุด และพฤติกรรมเกี่ยวกับการซื้อยาของประชาชน อย่างละ 10 ข้อ โดยเก็บจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 63 คน ส่วนการเก็บข้อมูลซ้ำ จำนวน 22 ร้าน ใช้แบบประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพของจังหวัดสตูล เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนพัฒนารูปแบบ โดยการเก็บข้อมูลในขั้นตอนการศึกษาปัญหาระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2567

1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ด้านความรู้ พฤติกรรมและคะแนนจากแบบประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ผู้วิจัยได้การนำข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สภาพปัญหาสถานการณ์ที่พบในการศึกษาระยะที่ 1 เข้าสู่กระบวนการวงจร PDCA

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำนวน 59 คน แบ่งเป็น แกนนำครอบครัว จำนวน 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 12 คน ผู้นำศาสนา จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. จำนวน 4 คน และผู้นำท้องถิ่น จำนวน 7 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น แกนนำครอบครัว จำนวน 6 คน อสม. จำนวน 5 คน ผู้นำศาสนา จำนวน 4 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 2 คน และผู้นำท้องถิ่น 4 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรและพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง

จังหวัดสตูล เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชน สามารถติดต่อสื่อสารกับคนอื่นได้ เป็นที่ยอมรับและเคารพนับถือของคนในชุมชน สามารถเป็นตัวแทนของคนในชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางและร่วมปฏิบัติ แก้ไขปัญหาและประเมิน ผลการปฏิบัติได้

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ผู้วิจัยยกโครงสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยใช้วงจร Plan-Do-Check-Act (PDCA) เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และปรับปรุงตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชน ในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 30 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ก่อนนำไปใช้ในพื้นที่จริง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนดังนี้

วงรอบที่ 1 Plan: วางแผนพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ผลการศึกษาสถานการณ์การซื้อยาชุดในพื้นที่ พบว่า ประชาชนมีความรู้และมีพฤติกรรมในการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และการดำเนินการที่ผ่านมา มีเพียงการสำรวจข้อมูลในภาพกว้าง ๆ ไม่มีรูปแบบการแก้ปัญหา เรื่องยาที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนยังมีน้อย จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ดีเท่าที่ควร Do: นำข้อมูล สถานการณ์ปัญหาการซื้อยาชุด รายงานข้อมูลตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบ ระดมสมอง สร้างการมีส่วนร่วมโดยมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมายการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดในชุมชน จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง และจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย จากเภสัชกรโรงพยาบาลสตูล จำนวน 2 วัน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้ยาอย่างปลอดภัย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง และติดตามความก้าวหน้า Check: ประเมิน วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของรูปแบบการแก้ปัญหา โดยพบว่าในวงรอบที่ 1 พบปัญหาในเรื่องการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และข้อจำกัดของช่องทางนำไปใช้ประโยชน์จากคู่มือ Act: การปรับปรุง การกำหนดทางเลือกการแก้ปัญหาพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

วงรอบที่ 2 Plan: วางแผน ศึกษา วิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากวงจรที่ 1 ในเรื่องการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และข้อจำกัดของคู่มือ Do: นำข้อมูล การวางแผน สร้างการมีส่วนร่วม ระดมสมองโดยการประชุมกลุ่ม ชุมชน จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง ร่วมกันกำหนดนโยบาย เป้าหมายทางเลือกใหม่ มีการพัฒนาปรับปรุง โดยจัดตั้งเครือข่ายในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ การพัฒนาคู่มือการใช้ยาอย่างปลอดภัย ในรูปแบบ E-book และเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงสื่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านยาทางกลุ่มไลน์ และคิวอาร์โค้ด จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง Check: นำรูปแบบมาวิเคราะห์ประเมินความเป็นไปได้ จุดอ่อน จุดแข็ง ข้อจำกัดของรูปแบบพบว่า มีปัญหาอุปสรรคในเรื่องความทันสมัย และความครอบคลุมและการเข้าถึงสื่อข้อมูลของประชาชน Act: การปรับปรุงพัฒนารูปแบบให้มีความทันสมัย

วงรอบที่ 3 Plan: วางแผน ศึกษา วิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากวงจรที่ 2 ในเรื่องความทันสมัย และความครอบคลุมของการแก้ไขปัญหา Do: นำข้อมูล การวางแผน โดยการระดมสมอง จากผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกันกำหนดนโยบาย เป้าหมายทางเลือกใหม่ในการแก้ปัญหา ยกวางรูปแบบเสนอโครงร่างต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ปรับปรุงตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ก่อนนำไปใช้ในพื้นที่จริง จนได้ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาคือการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง โดยยึดหลัก 3 บ. ดังนี้ บ.1 บูรณาการทุกภาคส่วน (เครือข่ายบรรพต; บ้าน, ร้านชำ, รพ.สต, ท้องถิ่น, มัสยิด) โดยร่วมดำเนินการตั้งแต่การประชุม การระดมสมอง การรับรู้ปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน เสนอแนวทางแก้ปัญหา ใช้เวลา จำนวน 2 วัน ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง บ.2 แบ่งปันอบรมให้ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาที่สมเหตุผล และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร เช่น คู่มือ, E-book, พัดขจัดความเสี่ยง กิจกรรมอบรมให้ความรู้ 2 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง และฝึกทักษะการใช้สื่อและนวัตกรรม จำนวน 2 ครั้ง การเผยแพร่สื่อและช่องทาง การเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโทษและอันตรายจากยาชุด การตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ บ.3 แบบอย่างร้านชำคุณภาพปลอดภัยในชุมชน ติดตามเยี่ยมสร้างขวัญกำลังใจ ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงสื่อความรู้ด้านยา ประเมินคุณภาพมาตรฐาน และเชิดชูเกียรติต้นแบบร้านชำปลอดภัย ในชุมชน Check: ประเมินและสะท้อนผลกลับ พบว่า ไม่มีปัญหาอุปสรรค จึงเข้าสู่กระบวนการนำไปใช้จริง

สำหรับการทดลองใช้และการประเมินผลรูปแบบ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบไปการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนที่มาซื้อยาชุด จากร้านชำ จำนวน 63 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการ จำนวน 22 คนซึ่ง เดียวกันทั้งก่อนและหลังพัฒนา (One Group Pretest-posttest Design) โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม และแบบประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพจังหวัดสตูล โดยขึ้นทดลองและนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน – พฤศจิกายน

2.3 การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือวิจัย โดยกำหนดประเด็นต่าง ๆ ที่ตรวจสอบแล้วนำมาเขียนเป็นข้อคำถาม แต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอคำแนะนำ พร้อมแก้ไขปรับปรุง จากนั้นนำแบบทดสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของข้อความ และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ปรับปรุงตามคำแนะนำ นำไปทดลองใช้ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ก่อนนำไปใช้ในพื้นที่จริงกับกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่ซื้อยาชุดมารับประทาน จำนวน 63 คน

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาคือการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง โดยวงจร PDCA ตั้งแต่วงจรที่ 1 การจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำคู่มือการใช้ยา วงจรที่ 2 การจัดตั้งเครือข่าย การพัฒนาคู่มือสื่อในรูปแบบ E-book การเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงสื่อข้อมูลความรู้ และวงจรที่ 3 กิจกรรมต่าง ๆ ตามหลัก 3 บ. ซึ่งแต่ละวงจรเป็นเก็บข้อมูล

จากการประชุมกลุ่มย่อย โดยการสังเกตและบันทึกเสียงเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในแต่ละกิจกรรม และช่วงเวลาที่ดำเนินการ ส่วนการบันทึกพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ มีระยะเวลาระหว่างเดือนกันยายน 2567–กุมภาพันธ์ 2568

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการชื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง ด้วยวงจร PDCA เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ส่วนการประเมินพฤติกรรม การมีส่วนร่วมใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการชื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ผู้วิจัยประเมินผล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบและใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน (One Group Pretest–posttest Design)

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนา และมีชื่อขึ้นทะเบียนราษฎร เขตตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีอายุตั้งแต่ 20–59 ปีขึ้นไปจำนวน 2,125 (ข้อมูล 1 มิถุนายน 2566)

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ตัวแทนจาก แกนนำครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และผู้นำท้องถิ่น คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 21 คน

3.2.2 ประชาชนที่ชื้อยาชุดมารับประทาน จำนวน 63 คน คัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ ชื้อยาชุดจากร้านชำมารับประทาน ในช่วงเดือนมีนาคม–ธันวาคม 2566, พักอาศัยในพื้นที่ตำบลเจ๊ะบิลัง ไม่น้อยกว่า 1 ปี, เพศชายหรือหญิง อายุ 20–59 ปี และสามารถสื่อสารได้อ่านออกเขียนได้และยินดีให้ข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้

3.2.3 ผู้ประกอบการร้านชำ จำนวน 22 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ประกอบการร้านชำ พักอาศัยอยู่ในตำบลเจ๊ะบิลัง, เพศชายหรือหญิง อายุ 20–59 ปี และสามารถสื่อสารได้อ่านออกเขียนได้และยินดีให้ข้อมูล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ เป็นการนำเครื่องมือจากขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัญหา สถานการณ์ การชื้อยาชุดจากร้านชำ และขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการชื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง ดังนี้

3.3.1 บันทึกพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ในกระบวนการสนทนากลุ่มย่อย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยวงจร PDCA

3.3.2 แบบสอบถามแบบสอบถามรูปแบบการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดในร้านชำ โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ 2. ด้านความรู้เกี่ยวกับโทษและอันตรายจากยาชุด เป็นแบบให้เลือกตอบใช่/ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ 3. พฤติกรรมเกี่ยวกับการซื้อยาของประชาชน เป็นแบบประเมินค่า จำนวน 10 ข้อ และ 4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ เป็นแบบประเมินค่า จำนวน 10 ข้อ

3.3.3 แบบประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 4 ข้อ

3.4 การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยมีการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ เช่นเดียวกับในขั้นตอนการศึกษาปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ และขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Object Congruence: IOC) (บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์, 2545) ได้เท่ากับ 0.90 ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามที่คุณเชี่ยวชาญเสนอแนะ แล้วนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบทดสอบมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) พบว่า ความเที่ยงแบบ Kuder Richardson 20 (KR 20) ของแบบวัดความรู้ เท่ากับ 0.74 ความเที่ยงของแบบวัดการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.72 และความเที่ยงของแบบวัดความพึงพอใจ เท่ากับ 0.73

3.5 การรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ แบบประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ในระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2568

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง วงจร PDCA เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และแบบบันทึกพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ

3.6.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพ จังหวัดสตูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ

6.6.3 ข้อมูลด้านความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ใช้แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Pair t-test

3.7 จริยธรรมการวิจัย/การพิทักษ์สิทธิ์(Ethical Consideration)

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เมื่อวันที่ 17 พ.ค. 2567 เลขที่ ET-ST009/2567

5. ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา สถานการณ์ การซื้อขายชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 63 คน ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.19 ส่วนใหญ่อายุ ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.27 ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.03 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 45.32 ส่วนใหญ่มีระดับ รายได้ 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.80 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 49.50 ส่วนด้านความรู้ มากสุด ข้อที่ 1 ยาชุดคือยาหลาย ๆ อย่างที่ถูกจัดรวมไว้ในซองเดียวกัน เพื่อรับประทานพร้อมกันตั้งแต่ 2 เม็ดขึ้นไป ร้อยละ 51.10 และน้อยสุด ข้อที่ 10 ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร และยาชุดส่วนใหญ่มักผสมสารสเตียรอยด์ ร้อยละ 11.89 ($M=3.2$, $SD=2.25$)ด้านพฤติกรรม ก่อนพัฒนา มากสุด ข้อที่ 3 ทานซื้อยาตามคำแนะนำ ตามคำบอกเล่าของญาติ เพื่อนบ้านหรือบุคคลใกล้ชิด ร้อยละ 48.17 น้อยสุด ข้อที่ 8 ทาน สังเกต รูปแบบ สี กลิ่นและการตกตะกอน ทุกครั้งก่อนซื้อยา ร้อยละ 11.89 ($M=12.7$, $SD=4.08$)

ผลการประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพ จังหวัดสตูล ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพร้านชำ โดยพบว่าการพัฒนา จำนวน 22 ร้าน มีการจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน จำนวน 16 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 72.27 และจำหน่ายยาอันตราย จำนวน 5 ร้าน คิดร้อยละ 22.27 จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่มีทะเบียน และจำหน่ายยาหมดอายุหรือยาเสื่อมคุณภาพ จำนวน 1 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 4.50

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยใช้ วงจร PDCA ประกอบด้วย Plan: วางแผน ศึกษา วิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้น Do :นำข้อมูล การวางแผน โดยการระดมสมองจากผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกันกำหนดนโยบาย เป้าหมายทางเลือกใหม่ในการแก้ปัญหา ชุมชน Check: ประเมิน และสะท้อน ผลกลับ Act: การปรับปรุง การกำหนดทางเลือกการแก้ปัญหาพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น โดยใช้ วงจร PDCA จำนวน 3 ครั้ง จนกระทั่งได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง โดยยึดหลัก 3 บ. ดังนี้ บ.1 บูรณาการทุกภาคส่วน (เครือข่ายบรรทม ประกอบด้วย บ้าน ร้านชำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ท้องถิ่น มัสยิด) บ.2 แบ่งปัน อบรมให้ความรู้เรื่องและพฤติกรรม เกี่ยวกับการใช้ยาที่สมเหตุผล และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร เช่น คู่มือ E-book พัดขจัด ความเสี่ยง และฝึกทักษะการใช้สื่อและนวัตกรรม บ.3 แบบอย่างร้านชำคุณภาพปลอดภัยในชุมชน ส่งผลให้ประชาชน มีรูปแบบการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำที่มีความสอดคล้อง เหมาะสม รูปแบบ

ที่ได้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม การพัฒนารูปแบบการประชุมกลุ่ม ตั้งแต่การรับรู้ปัญหา การวิเคราะห์ วางแผน กำหนดนโยบาย และการเสนอแนวทางแก้ปัญหาจากส่งผลให้ ประชาชนในพื้นที่ มีความรู้และมีพฤติกรรมใช้อย่างสมเหตุผล และมีความปลอดภัยจากการใช้ยามากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 ประสิทธิภาพรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

3.1 ด้านความรู้ พฤติกรรม ความพึงพอใจรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาเป็นรายข้อ

ด้านความรู้เกี่ยวกับโทษและอันตรายจากยาชุด พบว่า ก่อนพัฒนามีความรู้ในระดับมาก ข้อที่ 1 ยาชุด คือ ยาหลาย ๆ อย่างที่ถูกจัดรวมไว้ในซองเดียวกันเพื่อรับประทานพร้อมกันตั้งแต่ 2 เม็ดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 51.10 และมีความรู้ในระดับน้อย ข้อที่ 10 ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร และยาชุด ส่วนใหญ่มีกผสมสารสเตียรอยด์ คิดเป็นร้อยละ 11.89 หลังพัฒนาความรู้อยู่ในระดับมาก ข้อที่ 1 ยาชุด คือยาหลาย ๆ อย่างที่ถูกจัดรวมไว้ในซองเดียวกันเพื่อรับประทานพร้อมกันตั้งแต่ 2 เม็ดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 89.23 และระดับน้อย ข้อที่ 5 ยาชุด ยาลูกกลอน ยาแผนโบราณไม่จำเป็นต้องมีเลขทะเบียนตำรับ คิดเป็นร้อยละ 15.23 ด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการซื้อยาของประชาชน ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับมาก ข้อที่ 3 ทานซื้อยาตามคำแนะนำ ตามคำบอกเล่าของญาติ เพื่อนบ้านหรือบุคคลใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 48.17 และระดับน้อย ข้อที่ 8 ทานสังเกต รูปแบบ สี กลิ่นและการ ตกตะกอน ทุกครั้งก่อนซื้อยา ร้อยละ 11.89 หลังพัฒนา มากสุด ข้อที่ 5 ทานดูวันหมดวันผลิตและหมดอายุก่อนจะตัดสินใจซื้อยา ร้อยละ 81.86 น้อยสุด ข้อที่ 1 ทานมักจะซื้อยาชุดจากร้านขายของชำ ร้อยละ 8.75 ด้านความพึงพอใจรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับมาก ข้อที่ 5 ทานเห็นความสำคัญในการเลือกใช้ยาที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยมาก คิดเป็นร้อยละ 51.19 และระดับน้อยสุด ข้อที่ 3 ทานได้รับความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 25.64 หลังพัฒนาอยู่ในระดับมาก ข้อที่ 9 ทานมีการปฏิบัติตนในการเลือกใช้ยาที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น คิดเป็นร้อยละ 88.11 และระดับน้อย ข้อที่ 2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยสื่อสารหรือถ่ายทอดความเข้าใจแก่บุตรหลานท่านได้ คิดเป็นร้อยละ 74.75

ตารางที่ 1 ผลการประเมินและการเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะปลิง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล N = 63 คน

ผลการประเมิน	ระดับ (ร้อยละ)	ก่อนการทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้เกี่ยวกับโทษและอันตรายจากยาชุด	น้อย (<60)	15	23.80	0	0.00
	ปานกลาง(60-80)	35	55.60	23	36.51
	มาก(>80)	13	20.60	40	63.49
	<i>M</i>		3.2		5.8
	<i>SD</i>		2.25		0.95
	<i>t</i>		-13.175		-13.175
	<i>p-value</i>		<.001		<.001
2. พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชน	น้อย(<60)	33	52.38	1	1.58
	ปานกลาง(60-80)	19	30.16	3	4.76
	มาก(>80)	11	17.46	59	93.65
	<i>M</i>		12.7		18.2
	<i>SD</i>		4.08		1.53
	<i>t</i>		-11.101		-11.101
	<i>p-value</i>		<.001		<.001
3. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการแก้ปัญหาการใช้ยาชุด	น้อย(<60)	37	58.73	4	6.35
	ปานกลาง(60-80)	22	34.92	6	9.52
	มาก(>80)	4	6.35	53	84.13
	<i>M</i>		10.8		18.2
	<i>SD</i>		4.22		1.82
	<i>t</i>		-12.729		-12.729
	<i>p-value</i>		<.001		<.001

จากตารางที่ 1 ผลการประเมินการพัฒนาในรูปแบบในประชาชน จำนวน 63 คน พบว่า ก่อนพัฒนา มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับปานกลาง ร้อยละ 55.60 หลังพัฒนา ระดับมาก ร้อยละ 63.49 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่า หลังพัฒนา ($M=5.8$, $SD=0.95$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=3.2$, $SD=2.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านพฤติกรรม ก่อนพัฒนา ระดับน้อย ร้อยละ 52.38 ส่วนหลังพัฒนา ระดับมาก 93.65 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย หลังพัฒนา ($M=18.2$, $SD=1.53$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=12.7$, $SD=4.08$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ ก่อนพัฒนาระดับน้อย ร้อยละ 58.73 ส่วนหลังพัฒนาระดับมาก ร้อยละ 84.13 การเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยหลังพัฒนา ($M=18.2$, $SD=1.82$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=10.8$, $SD=4.22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

3.2 การพัฒนารูปแบบ โดยใช้วงจร PDCA ก่อนดำเนินการ พบว่า ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมน้อย เพียงร้อยละ 40 และการดำเนินการที่ผ่านมาามีเพียงการสำรวจข้อมูลในภาพกว้าง ๆ ไม่มีรูปแบบการแก้ปัญหาที่ชัดเจน จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ดีเท่าที่ควร หลังพัฒนารูปแบบประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมร้อยละ 95 โดยประชาชนทุกภาคส่วนในชุมชน เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมดำเนินการทุกขั้นตอน ตั้งแต่การรับรู้ปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การเสนอแนวทางการแก้ปัญหา ส่งผลให้ชุมชนมีการบูรณาการ และมีรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

3.3 ผลการประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพ ตำบลเจ๊ะบิลัง จำนวน 22 ร้าน

ตารางที่ 2 ผลการประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล จังหวัดก่อนและหลังพัฒนา จำนวน 22 ร้าน

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวนร้าน	ร้อยละ	จำนวนร้าน	ร้อยละ
1. จำหน่ายยาสามัญประจำบ้านอย่างเดียว	16	72.27	21	95.50
2. จำหน่ายยาอันตราย/ยาควบคุมพิเศษ	5	22.72	1	4.50
3. จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่มีทะเบียน*	1	4.50	-	-
4. จำหน่ายยาที่หมดอายุ หรือยาเสื่อมคุณภาพ	1	4.50	-	-

ตารางที่ 3 หลังพัฒนารูปแบบ ร้านชำมีการจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.27 เป็นร้อยละ 95.50 และจำหน่ายยาอันตรายลดลงจากร้อยละ 22.72 เป็นร้อยละ 4.50 และหลังจากพัฒนารูปแบบไม่พบจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่มีทะเบียนและยาหมดอายุ

6. อภิปรายผลการวิจัย

6.1 ปัญหา สถานการณ์ การซื้อขายจากร้านชำ ตำบลเจ๊ะบิลัง พบว่า ก่อนพัฒนา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.60 ด้านพฤติกรรม ระดับน้อย ร้อยละ 52.38 ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบระดับน้อย ร้อยละ 58.73 ผลการประเมินมาตรฐานร้านชำคุณภาพ จำนวน 22 ร้าน พบว่า ร้านชำมีการจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านร้อยละ 72.27 และจำหน่ายยาอันตรายร้อยละ 22.72 จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ไม่มีทะเบียนและจำหน่ายยาหมดอายุหรือยาเสื่อมคุณภาพ 4.50 จากข้อมูลดังกล่าว ควรมีการแก้ไขปัญหาโดยสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวณีย์ ลาเสื่อ และคณะ (2560) ในประชากร

172 คน ในบ้านโพธิ์ ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการบริโภคยาชุดในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.6 (S.D.=0.9) ความรู้ในการบริโภคยาชุดในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.8 (S.D.=0.3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาชุด ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาชุดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ โดยใช้วงจร PDCA ส่งผลให้ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อย การรับรู้ปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การเสนอแนวทางการแก้ปัญหา และพัฒนารูปแบบ จากการประเมินผลพฤติกรรมการมีส่วนร่วม โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการมีส่วนร่วม พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม จากเดิม ร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 95 ชุมชนมีการบูรณาการ มีแบบอย่างร้านชำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และมีรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมสอดคล้องเหมาะสมตามหลัก 3 บ. ดังนี้ บ.1 บูรณาการทุกภาคส่วน ได้แก่ บ้าน, ร้านชำ, รพ.สต, ท้องถิ่น, มัสยิด ส่งผลให้ประชาชน มีส่วนได้ส่วนเสีย ในพื้นที่ที่มีการรับรู้ปัญหา ร่วมวางแผน พัฒนาและสามารถแก้ไขปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็ง สร้างความยั่งยืนในการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกัญจนวรรณรอนณรงค์ (2564) ที่ศึกษาผลการดำเนินงานและการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับจังหวัด โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษา พบว่าแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับจังหวัดของจังหวัดชัยภูมิมี 10 ข้อ หากปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอส่งผลให้โรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มมากขึ้น จังหวัดอื่น ๆ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานหรือปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ บ.2 แบ่งปันความรู้และการใช้เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร เช่น คู่มือความรู้การใช้ยา, E-book, พัดขจัดความเสี่ยง ส่งผลให้ประชาชนและผู้ประกอบการร้านชำมีความรู้และมีพฤติกรรมใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมีความปลอดภัยจากการใช้ยามากยิ่งขึ้น อีกทั้งสามารถเข้าถึงช่องทางความรู้ สามารถตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวณีย์ ลาเสื่อ และคณะ (2560) ในประชากร 172 คน ในบ้านโพธิ์ ตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการบริโภคยาชุดในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.6 (S.D.=0.9) ความรู้ในการบริโภคยาชุดในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.8 (S.D.=0.3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาชุด ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาชุดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ บ.3 แบบอย่างร้านชำคุณภาพปลอดภัยในชุมชน ส่งผลให้ประชาชน มีรูปแบบการแก้ปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำที่มีความสอดคล้อง เหมาะสม รูปแบบที่ได้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริย์ สีหา และวรรณภา คักดีศิริ (2565) ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในร้านชำ เขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์โดยพบว่า รูปแบบนี้ช่วยลดการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมได้ และได้ร้านชำต้นแบบ

6.3 ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาการใช้ยาชุดจากร้านชำในกลุ่มประชาชนไม่รวมร้านค้า) จำนวน 63 คน พบว่า ก่อนพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับปานกลาง หลังพัฒนาระดับมาก และเมื่อนำผลการประเมินความรู้มาวิเคราะห์ในรายข้อพบว่า มีความรู้โทษและอันตรายจากยาน้อยที่สุด (ข้อที่ 5 ยาชุด ยาลูกกลอน ยาแผนโบราณ ไม่จำเป็นต้องมีเลขทะเบียนตำรับยา) จึงควรเสริมความรู้ในเรื่องการตรวจสอบผลิตภัณฑ์และเลขทะเบียนยาทั้งยาแผนปัจจุบันและแผนโบราณ ด้านพฤติกรรม ก่อนพัฒนาระดับน้อย ส่วนหลังพัฒนาระดับมาก ในรายข้อ น้อยสุด ข้อที่ 1 ทานมักจะซื้อยาชุดจากร้านขายของชำ ร้อยละ 8.75 จึงควรมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ ก่อนพัฒนาระดับน้อย ส่วนหลังพัฒนาระดับมาก ในรายข้อ ระดับน้อย ข้อที่ 2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยสื่อสารหรือถ่ายทอดความเข้าใจแก่บุตรหลานท่านได้ คิดเป็นร้อยละ 74.75 จึงควรมีการพัฒนาช่องทางการเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ง่ายและมีวามสะดวกรวดเร็ว ส่วนการประเมิน ร้านชำ จำนวน 22 ร้าน พบว่าผู้ประกอบการร้านชำยังมีพฤติกรรมการหน่ายยาอันตรายเล็กน้อยเท่านั้น จึงควรมีการสนับสนุนสื่อความรู้ โดยนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ ในการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับอัจฉรา มีดวง และสมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล (2564) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการแก้ปัญหาการใช้ยาชุดในชุมชนโดยสภาองค์กรชุมชนตำบลบ้านกู่ ผลการศึกษาพบว่า หลังจากพัฒนากระบวนการคะแนนความรู้ของผู้นำชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสิริลักษณ์ รื่นรวย (2563) ได้ศึกษาการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร ซึ่ง พบว่า วิธีการจัดการปัญหาเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Drugs and Health Product Related Problems: DHPRP) ทำให้ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัยของตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ลดความชุกของครัวเรือนที่พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ และลดความชุกของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะ ยาอันตราย ยาชุด และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทุกภาคส่วนในชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหา และทำให้เกิดแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ สามารถนำผลวิจัยไปใช้ ประโยชน์ทั้งเชิงนโยบายและสาธารณะ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ให้เกิดเป็นประโยชน์ให้กับประชาชน ชุมชน และหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข โดยนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูล ในการพัฒนา วางแผนและการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหการใช้ยาอย่างปลอดภัย ผ่านส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อการส่งเสริม ปรับปรุง พัฒนาใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

7.1 ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการวัดพฤติกรรมการใช้ยาชุดนั้นเป็นการวัดด้วยแบบสอบถาม แต่ไม่ได้วัดด้วยพฤติกรรมจริงทำให้ไม่อาจแน่ใจได้ว่าผลการวัดจะมีความถูกต้องหรือไม่ นอกจากนี้การวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการอาจไม่ได้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ มีการขยายเวลา เนื่องจากการเก็บข้อมูล จากการประชุมกลุ่มย่อยและการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประกอบการ และประชาชน ต้องอาศัยเวลาและความพร้อมในการให้ข้อมูล โดยบางครั้งพบปัญหาอุปสรรคในเรื่องสภาพอากาศที่ไม่เอื้ออำนวย และข้อจำกัดในเรื่องสัญญาณเครือข่ายจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินการ

7.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรพัฒนา ปรับปรุง รูปแบบให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ประโยชน์ โดยเพิ่มมาตรการติดตาม การกำกับ การเฝ้าระวังร้านค้า และนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ ในการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชน ผู้ประกอบการ มีความรู้และมีพฤติกรรมใช้ยาอย่างปลอดภัยมากยิ่งขึ้น เช่น Dashboard, ระบบ AI พร้อมทั้งจัดทำแผน วิธีการหรือ ช่องทางการนำรูปแบบไปใช้ประโยชน์ กรณีที่มีข้อจำกัดในเรื่องสัญญาณเครือข่าย และควรพัฒนา ปรับปรุงแบบประเมินการวัดพฤติกรรม การใช้ยาชุดให้มีความละเอียด มีคุณภาพและมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

8. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการซื้อยาชุดจากร้านชำ ในตำบลเจ๊ะบิลัง โดยประยุกต์ใช้หลักการ PDCA ควบคู่กับกิจกรรม "3 บ." ผลการดำเนินงานพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการลดการซื้อยาชุด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการรับรู้ วิเคราะห์ วางแผน และพัฒนาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมทั้งสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างสะดวกยิ่งขึ้น นอกจากนี้ร้านชำมีแนวโน้มในการจำหน่ายเฉพาะยาสามัญประจำบ้านที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ไม่พบการจำหน่ายยาอันตรายหรือยาสมุนไพรที่ไม่มีทะเบียน และมีการพัฒนาต้นแบบ "ร้านชำปลอดยาชุด" ในชุมชน

ข้อค้นพบดังกล่าวเสนอแนะให้มีการประยุกต์ใช้รูปแบบในพื้นที่อื่นที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน พร้อมทั้งควรสนับสนุนสื่อความรู้ เพิ่มมาตรการติดตามและกำกับร้านชำ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการใช้ยาอย่างปลอดภัยในระยะยาวอย่างยั่งยืน

9. เอกสารอ้างอิง

- กัณฐนวรรธน์ รอนณรงค์. (2564). ผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับจังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 41(1), 58–67. <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/9903/9153>
- กฤษมา กังหลี. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 170–182. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/143997/106532>
- ช่อทิพย์ จันทรา และจินดา ม่วงแก่น. (2563, กรกฎาคม 17). *การศึกษานโยบายการนำยาเหลือใช้มาคืนของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ อำเภอวังทอง* [Paper]. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11, มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่.
- ช่อพกา, นาคมิตร. (2563). ความซุก ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงปลอมปนสเตียรอยด์ในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 15(2), 81–94. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/TBPS/article/view/240196/169656>
- ดวงทิพย์ อรรถบุตร, สรียา แซ่ลิ่ม, สิริทิพย์ วิชญวรรณ, อภินัฐ คล้ายสถิต และสุกัญญา เดชอดิตย์. (2553). การศึกษาการปนปลอมของสารสเตียรอยด์ เพรดนิโซโลนและเด็กซ์าเมทาโซนในยาแผนโบราณ ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 13(1), 20–30. <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/tsujournal/article/view/68524/55794>
- ธนพงศ์ ภูผาลี, สมศักดิ์ อากาศรีทองสกุล, วิษณุ ยิ่งยอด, ตฤณ แสงสุวรรณ และลัดดา อำมาตย์. (2557). รูปแบบการพัฒนาร้านชำแบบชุมชนมีส่วนร่วม ต.โพนสูง อ.สกลนคร. *วารสารอาหารและยา*, 21(3), 57–63. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/article/view/139069/103291>
- ธนพัฒน์ ชัยะโสทธิ, วรณศล เชื้อมงคล, อัยภูงศ์ สำเร็จ และจันทร์พิมพ์ ตรวิทยาคม. (2557). การทดสอบเบื้องต้นของการปลอมปนสเตียรอยด์ในยาผง ยาลูกกลอน ยาเม็ด ยาน้ำ และยาแคปซูล ในชุมชนกรุงเทพมหานคร. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 9(4), 151–156. <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/5059/4818>
- นวเรศ เหลืองใส และชิตชนก เรือนก้อน. (2562). ผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องร้านชำคุณภาพซึ่งปลอดยาห้ามจำหน่าย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(3), 638–647. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/182937/129309>
- นิสามณี สัตยابัน, พรพิมล อนันต์เนติกุล และมันตา พาแพง. (2562). ความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบันของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 13(3), 188–199. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/231784/158148>

- อัจฉรา มีดวง และสมศักดิ์ อภาศิริทองสกุล. (2564). การพัฒนากระบวนการแก้ปัญหาการใช้ยาชุด
ในชุมชนโดยสภาองค์กรชุมชนตำบลบ้านกู่ อำเภอสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสาร
เภสัชกรรมไทย*, 14(1), 70–85. [https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/248277/
168851](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/248277/168851)
- อัจฉรีย์ สีหา และวรรณภา คักดีศิริ. (2565). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา
ในร้านชำเขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1),
304–317. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/255517/175506>
- Best, J. W. (1970). *Research in education*. Allyn and Bacon.
- Deming, W. E. (1982). *Out of the Crisis*. MIT PreSS (MA).





การพัฒนาสื่อแอนิเมชันการจัดการขยะ ในโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์แห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี

ภูเบินทร์ พันธุ์เวช¹, สุดาว เลิศวิสุทธีไพบูลย์²,
สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ², กุณฑลย์ บังคะดานรา² และ อภิศรี ศรีโอกาส^{2*}

Received: February 12, 2025

Revised: September 17, 2025

Accepted: September 20, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อแอนิเมชันให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมตามมาตรฐาน ISO14001:2015

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เครื่องมือวิจัย ได้แก่ สื่อแอนิเมชันที่ให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมที่พัฒนาขึ้น แบบทดสอบความรู้แบบตัวเลือกถูกและผิดก่อนและหลังการอบรม และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต จากนั้นใช้สื่อแอนิเมชันอบรมกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพนักงานฝ่ายผลิตของโรงงานประกอบชิ้นส่วนยานยนต์แห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี ทั้งหมดจำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง โดยประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรม และประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการประเมินสื่อแอนิเมชันด้านเนื้อหา ด้านคุณภาพสื่อ และด้านแบบทดสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าเฉลี่ย 4.42, 4.50 และ 4.20 ซึ่งอยู่ในระดับมาก มากที่สุด และมาก ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 21 คน (ร้อยละ 70) และเป็นเพศชาย 9 คน (ร้อยละ 30) ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 43.30) และอายุงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 63.30) คะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมด้วยสื่อแอนิเมชันมีค่าเฉลี่ย 10.10 ± 1.86 และ 13.60 ± 1.04 คะแนน ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังอบรมมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อสื่อแอนิเมชันคือ 4.35 อยู่ในระดับมาก ดังนั้นการใช้สื่อแอนิเมชันช่วยให้พนักงานมีความรู้ในการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมตามมาตรฐาน ISO14001:2015

คำสำคัญ: แอนิเมชัน / การจัดการขยะอุตสาหกรรม / มาตรฐาน ISO14001:2015

*ผู้รับผิดชอบบทความ: อภิศรี ศรีโอกาส สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: apisriopas@yahoo.com

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Development of Animation Media on Industrial Waste Management among Automotive Parts Factory in Pathum Thani Province

Phooben Phunwesh¹, Sudaw Lertwisuttipaiboon²,
Sirirat Suwanidcharoen², Goontalee Bangkadanara² and Apiradee Sriopas^{2*}

Abstract

This study aimed to develop an animated educational media on industrial waste management in accordance with ISO 14001:2015 standards.

The research was conducted using a research and development methodology. The research tools included the developed animation, a true-or-false knowledge test administered before and after the training, and a satisfaction questionnaire. All tools were validated for content accuracy by three experts, using a 5-point Likert scale for evaluation. The animation was used in a training session for a sample group consisting of 30 production department employees from an automotive parts assembly factory in Pathum Thani Province, selected through purposive sampling. Participants' knowledge was assessed before and after the training, and their satisfaction with the animation was evaluated. Data were analyzed using mean, standard deviation, percentage, and paired t-test.

The evaluation results of the animation media by experts showed mean scores of 4.42 for content, 4.50 for media quality, and 4.20 for the test, which are rated as high, highest, and high levels, respectively. Among the sample group, the majority were female 21 female participants (70%) and 9 male participants (30%). Most participants were aged between 31–40 years (43.30%) and had a work experience of 1–5 years (63.30%). The mean knowledge scores before and after the animation-based training were 10.10 ± 1.86 and 13.60 ± 1.04 , respectively. The difference between the pre-test and post-test scores was statistically significant at the 0.05 confidence level. The average satisfaction score of the participants toward the animation media was 4.35, which is considered a high level. Therefore, the use of animated media effectively enhanced employees' knowledge on industrial waste management in accordance with ISO 14001:2015 standard.

Keywords: Animation media / Industrial waste management / ISO 14001:2015 standard

* **Corresponding Author:** Apiradee Sriopas, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University,
E-mail: apisriopas@yahoo.com

¹ Master of Science (Industrial Environmental Management), Graduate student, School of Health Sciences,
Sukhothai Thammathirat Open University

² Lecturer, School of Health Sciences Sukhothai Thammathirat Open University

1. บทนำ

ปัจจุบันปัญหาขยะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างสูง เนื่องจากทำให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ดังจะเห็นได้จากปริมาณขยะมูลฝอยจากระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2652 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 26.19 ล้านตันในปี 2557 จนถึง 28.71 ล้านตันในปี 2562 และในปี 2563-2565 มีปริมาณลดลงเล็กน้อย โดยปี 2563 มีปริมาณ 25.37 ล้านตัน ปี 2564 มีปริมาณ 24.98 ล้านตัน และปี 2565 มีปริมาณ 25.70 ล้านตัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2566)

ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน ISO14001:2015 เป็นระบบที่ได้รับความนิยมแพร่หลาย ในการจัดการปัญหาด้านของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม โรงงานอุตสาหกรรมที่พัฒนาระบบดังกล่าว มีความจำเป็นที่จะต้องจัดการขยะต่าง ๆ ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมของโรงงานให้เป็นไปตามข้อกำหนดของมาตรฐานตลอดจนกฎหมายระเบียบต่าง ๆ ด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการที่จะปฏิบัติให้ถูกต้องนั้น ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจของพนักงานในโรงงานในการทิ้งขยะให้ถูกประเภทตามที่กำหนด ซึ่งหลายโรงงานยังพบปัญหาการทิ้งขยะไม่ถูกประเภท อันเนื่องมาจากการที่พนักงานขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะ ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับการฝึกอบรมที่ไม่เหมาะสมและเพียงพอ โดยทั่วไปโรงงานส่วนใหญ่จะอบรมในเรื่องการจัดการขยะรวมอยู่ในการปฐมนิเทศน์พนักงานใหม่ ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องในการจัดการขยะ และหากเป็นโรงงานที่ไม่ได้จัดทำระบบ ISO14001:2015 หรือการที่พนักงานในฝ่ายผลิตไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการจัดการขยะโดยตรง พนักงานดังกล่าวก็อาจไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องการจัดการขยะ

โดยทั่วไปบริษัทผลิตชิ้นส่วนยานยนต์จะมีขยะหลากหลายประเภทที่เกิดขึ้นจากกระบวนการผลิต ได้แก่ ขยะอันตราย เช่น ภาชนะบรรจุสารเคมี ขยะทั่วไป เช่น เศษกระดาษ ภาชนะบรรจุอาหารใช้แล้ว ขยะรีไซเคิล เช่น ขวดเปลา่น้ำดื่ม ขยะจากการผลิต เช่น เศษวัตถุดิบเหลือทิ้ง ของเสียจากการผลิต และยังมีขยะติดเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย ปัจจุบันรูปแบบการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่เป็นการอบรมโดยใช้วิทยากรบรรยายประกอบสไลด์และภาพนิ่ง ยังไม่ค่อยมีการพัฒนาสื่อแอนิเมชันที่เกี่ยวกับการจัดการขยะอุตสาหกรรมที่เข้าถึงได้ง่ายและนำมาใช้ประกอบการอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการจ้างวิทยากรเพื่อมาอบรม การใช้สื่อแอนิเมชันมีข้อดีคือ สามารถทำให้ผู้เรียนเห็นภาพและเนื้อหาที่ต้องการสื่อได้อย่างชัดเจน มีความน่าสนใจ เนื่องจากใช้ภาพเคลื่อนไหวอธิบายเนื้อหาผ่านบทพูดของตัวละคร ซึ่งทำให้ผู้ชมสื่อเข้าใจวิธีการจัดการขยะประเภทต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและเห็นผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นจากขยะ จากการศึกษาของอาฉ๊ะ บิลทิม และคณะ (2565) พบว่า การพัฒนาสื่อการสอนด้วยการ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ เรื่องการคัดแยกขยะ กลุ่มตัวอย่างมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนมีค่าสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ การพัฒนาสื่อการเรียนรู้อันจำเป็นต้องพิจารณาคุณภาพของสื่อโดยเฉพาะการออกแบบด้านเนื้อหา ตลอดจนความพึงพอใจในการใช้สื่อ ซึ่งการออกแบบเป็นขั้นตอนสำคัญสำหรับการพัฒนาสื่อทุกประเภท โดยการออกแบบสื่อมัลติมีเดียหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีส่วนประกอบสำคัญ ได้แก่ การออกแบบเนื้อหา การออกแบบการประเมินผล และการออกแบบหน้าจอ (สุโม่ บิลโบ, 2557)

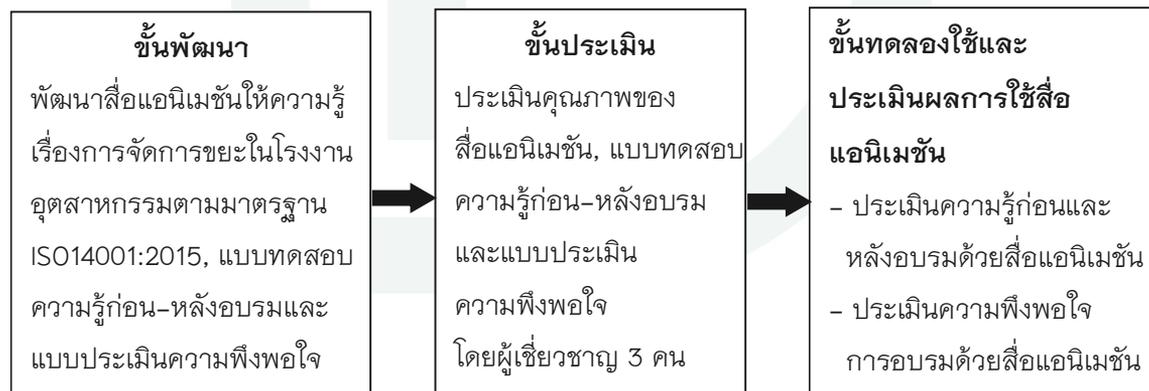
สำหรับโรงงานผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ที่ศึกษามีชยะหลากหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นชยะอันตรายที่เกิดจากกระบวนการผลิต ชยะทั่วไป ชยะรีไซเคิล ตลอดจนหน้ากากอนามัยใช้แล้วที่เป็นชยะติดเชื้อจากการสำรวจพบว่าพนักงานในฝ่ายผลิตซึ่งมีจำนวน 30 คน เคยได้รับการอบรมเรื่องการจัดการชยะตั้งแต่เริ่มเข้ามาทำงานและไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมอีก ทำให้ปัจจุบันเกิดปัญหาการทิ้งชยะปะปนกันโดยไม่แยกประเภท ก่อให้เกิดปัญหากับพนักงานที่ทำหน้าที่รวบรวมชยะ ต้องมาจัดการคัดแยกชยะอีกครั้ง ก่อนส่งไปกำจัดตามมาตรฐาน ISO14001:2015 ทำให้การขนส่งชยะไปกำจัดตามประเภทชยะล่าช้าและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อพนักงานที่ทำหน้าที่แยกชยะรวมทั้งอาจเกิดการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อแอนิเมชันให้ความรู้เรื่องการจัดการชยะในโรงงานอุตสาหกรรมตามมาตรฐาน ISO14001:2015 ซึ่งเป็นการสร้างความรู้ในการจัดการชยะที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายให้กับพนักงาน เพื่อให้การจัดการชยะในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน ISO14001:2015

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาสื่อแอนิเมชันให้ความรู้เรื่องการจัดการชยะในโรงงานอุตสาหกรรมตามมาตรฐาน ISO14001:2015

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D)

4.2 ประชากร กลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พนักงานฝ่ายผลิตทั้งหมดของโรงงาน ประกอบขึ้นส่วนยานยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน

4.3 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พนักงานฝ่ายผลิตจำนวน 30 คน ซึ่งคัดเลือกจากประชากรทั้งหมด โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากความสมัครใจในการเข้าร่วมอบรม และความเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการขยะในโรงงาน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 9 คน เพศหญิง จำนวน 21 คน ช่วงอายุ 21-60 ปี ซึ่งมีอายุงานไม่เกิน 10 ปี

4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

4.4.1 วัสดุทัศนสื่อการอบรมแอนิเมชัน เรื่องการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรม ตามมาตรฐาน ISO14001:2015

4.4.2 แบบทดสอบให้เลือกตอบถูกหรือผิด แบ่งเป็นแบบทดสอบก่อนอบรม 15 ข้อ และแบบทดสอบหลังอบรม 15 ข้อ โดยมีคะแนนทดสอบผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป (11 ข้อ)

4.4.3 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้สื่อแอนิเมชันในการอบรม จำนวน 12 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามวิธีของลิเคิร์ท 5 ระดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินตามวิธีของลิเคิร์ท

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
4.50 – 5.00	มากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด

4.5 ขั้นพัฒนาเครื่องมือวิจัย

4.5.1 การพัฒนาสื่อแอนิเมชัน โดยดำเนินการเขียนบท สร้างสตอรี่บอร์ด จัดทำสื่อแอนิเมชัน โดยใช้โปรแกรมสำหรับทำแอนิเมชัน และทำเสียงประกอบ ดนตรี กราฟิกประกอบ ทำการแปลงออกมาเป็นไฟล์วิดีโอ MP4 ขนาด 1920x1080 (Full HD)

4.5.2 การสร้างแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม จัดทำแบบทดสอบก่อนอบรมและหลังอบรมในรูปแบบให้เลือกตอบถูกหรือผิด แบบทดสอบละ 15 ข้อ โดยแบบทดสอบก่อนและหลังอบรมจะคล้ายกันแต่สลับข้อการเรียงไม่เหมือนกัน

4.5.3 การสร้างแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้สื่อแอนิเมชันในการอบรม จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อายุงาน และข้อมูลความพึงพอใจในการใช้สื่อแอนิเมชันในการอบรม ซึ่งมีจำนวน 12 รายการ

4.6 ชั้นประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านระบบการบริหารสิ่งแวดล้อม 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำสื่อ 1 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาของสื่อแอนิเมชัน แบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ท (ตารางที่ 1)

4.7 ชั้นทดลองและประเมินผลการใช้สื่อแอนิเมชัน

4.7.1 ชั้นทดลอง ดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบแบบเลือกตอบถูกและผิด จำนวน 15 ข้อในเวลา 15 นาทีก่อนอบรมและทำแบบทดสอบอีก 1 ชุดหลังการอบรม จำนวน 15 ข้อในเวลา 15 นาทีเช่นเดียวกัน และทำแบบประเมินความพึงพอใจในการอบรม จำนวน 12 ข้อ โดยใช้เวลา 10 นาที

4.7.2 การประเมินผลการใช้สื่อแอนิเมชัน นำข้อมูลแบบทดสอบก่อนและหลังอบรม และแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean: \bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ร้อยละ (%) และสถิติอ้างอิง ได้แก่ การทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired Sample T-Test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ

4.8 การรวบรวมข้อมูล

4.8.1 เตรียมจัดอบรม โดยประสานงานกับผู้จัดการโรงงาน เพื่อคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าอบรม คือ พนักงานในฝ่ายผลิต จำนวน 30 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง จัดเตรียมสถานที่อบรม และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ เช่น เครื่องฉายวีดิทัศน์ จอฉาย เครื่องเสียง และจัดเตรียมแบบทดสอบก่อนหลังการอบรม

4.8.2 ดำเนินการอบรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนการฝึกอบรม 15 นาที จากนั้นอบรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์สื่อแอนิเมชัน เรื่องการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรม ตามมาตรฐาน ISO14001:2015 เป็นเวลา 13 นาที เมื่อชมวีดิทัศน์แล้วให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังการอบรม 15 นาที และทำแบบประเมินความพึงพอใจในการอบรมเป็นเวลา 10 นาที

4.8.3 รวบรวมแบบทดสอบก่อนและหลังอบรม รวมถึงแบบประเมินความพึงพอใจในการอบรมของกลุ่มตัวอย่าง มาทำการตรวจสอบคะแนน และความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

4.9 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean: \bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ร้อยละ (%) และสถิติอ้างอิง ได้แก่ การทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired Sample T-Test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ

5. ผลการวิจัย

5.1 การพัฒนาสื่อแอนิเมชันการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรม ตามมาตรฐาน ISO14001:2015

สื่อแอนิเมชันที่พัฒนามีความยาว 13 นาที มีเนื้อหาครอบคลุม การคัดแยกขยะ การจัดเก็บรวบรวมขยะ และการขนส่งขยะไปกำจัด ดังตัวอย่างในภาพที่ 2 และสามารถเข้าไปชมวีดิทัศน์ได้ผ่านทางคิวอาร์โค้ด ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 2 ตัวอย่างสื่อแอนิเมชันการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรม



ภาพที่ 3 คิวอาร์โค้ดเข้าชมสื่อแอนิเมชัน

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อสื่อแอนิเมชันเรื่องการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมตามมาตรฐาน ISO14001:2015 พบว่า ด้านเนื้อหา มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็น 4.42 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ด้านคุณภาพสื่อมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็น 4.50 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านคุณภาพสื่อมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็น 4.20 ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในภาพรวมทั้งหมด 4.40 ซึ่งอยู่ในระดับมากดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อสื่อแอนิเมชัน

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น	
	ของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ระดับความคิดเห็น (x̄)	
ด้านเนื้อหา		
1. ความเหมาะสมของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้โดยใช้สื่อแอนิเมชัน	4.67	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมของเนื้อหาเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย	4.33	มาก
3. ความน่าสนใจของเนื้อหา กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้	4.33	มาก
4. ความถูกต้องของเนื้อหา เป็นไปตามมาตรฐานกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง	4.67	มากที่สุด
5. เนื้อหามีการเรียงลำดับการนำเสนออย่างเหมาะสม	4.67	มากที่สุด
6. การใช้ภาพประกอบและกราฟิกมีความถูกต้องและเหมาะสมกับเนื้อหา	4.33	มาก
7. ความยาวของสื่อแอนิเมชันมีความเหมาะสม	4.00	มาก
8. บทภาพยนตร์ บทสนทนาที่ใช้ มีความเหมาะสมเข้าใจง่าย	4.33	มาก
ค่าเฉลี่ยด้านเนื้อหา	4.42	มาก
ด้านคุณภาพสื่อ		
1. ความเหมาะสมของตัวละคร	4.67	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมของฉากหลัง	4.67	มากที่สุด
3. ความเหมาะสมของอุปกรณ์ (props) ประกอบฉาก	4.33	มาก
4. ความเหมาะสมของเสียงพากย์ตัวละคร	4.33	มาก
5. ความเหมาะสมของเสียงประกอบ/ดนตรีประกอบ	4.33	มาก
6. ความคมชัดของภาพยนตร์	5.00	มากที่สุด
7. การจัดองค์ประกอบภาพมีความเหมาะสม	4.33	มาก
8. ความเหมาะสมของการตัดต่อ ลำดับภาพ	4.33	มาก
9. ความเหมาะสมของการมิกซ์เสียง	5.00	มากที่สุด
10. ภาพแทรก กราฟิก ตัวอักษร มีความเหมาะสม	4.00	มาก
ค่าเฉลี่ยด้านคุณภาพสื่อ	4.50	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อสื่อแอนิเมชัน (ต่อ)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น	
	ของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ระดับความคิดเห็น (\bar{x})	
ด้านแบบทดสอบ		
1. แบบทดสอบมีความเหมาะสมในการใช้ประเมินความรู้	4.33	มาก
2. คำถามในแบบทดสอบครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้	4.33	มาก
3. คำถามในแบบทดสอบมีความถูกต้องและเหมาะสม	4.33	มาก
4. รูปแบบของคำถามในแบบทดสอบ มีความเหมาะสม	4.00	มาก
5. จำนวนคำถามในแบบทดสอบมีความเหมาะสม	4.00	มาก
ค่าเฉลี่ยด้านแบบทดสอบ	4.20	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.40	มาก

5.2 การประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรม

ก่อนและหลังการอบรมด้วยวิธีทัศนสื่อแอนิเมชัน กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ทำแบบทดสอบแบบตัวเลือกถูกและผิด จำนวน 15 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยหลังอบรม 13.60 คะแนน อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรมคือ 10.10 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนอบรมและหลังอบรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังอบรมมีค่าสูงกว่าคะแนนก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังอบรมโดยวิธี Paired Samples t-test

ผลการประเมิน	จำนวน(n)	\bar{x}	S.D.	p-value
ก่อนอบรม	30	10.10	1.86	<0.001*
หลังอบรม	30	13.60	1.04	

* $\alpha < 0.05$

5.3 การประเมินความพึงพอใจในการใช้สื่อแอนิเมชัน

แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการใช้สื่อแอนิเมชันในการอบรม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลความพึงพอใจในการใช้สื่อแอนิเมชัน ดังนี้

5.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ และอายุงาน ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 21 คน (ร้อยละ 70) และเพศชาย 9 คน (ร้อยละ 30) ช่วงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 43.30) ส่วนช่วงอายุงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 63.30) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (30 คน)	ร้อยละ (100.00)
1. เพศ		
ชาย	9	30.00
หญิง	21	70.00
2. อายุ		
21-30 ปี	11	36.70
31-40 ปี	13	43.30
41-50 ปี	5	16.70
51 ขึ้นไป	1	3.30
3. อายุงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	5	16.70
1-5 ปี	19	63.30
6-10 ปี	6	20.00

5.3.2 ข้อมูลความพึงพอใจในการใช้สื่อแอนิเมชัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในการใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่อง การจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมตามมาตรฐาน ISO14001:2015 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อแอนิเมชันอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$) รายการที่ได้รับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดคือ “สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน” ($\bar{X} = 4.53$) และ “ภาพรวมของการใช้สื่อแอนิเมชัน” ($\bar{X} = 4.53$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลระดับความพึงพอใจของการใช้สื่อแอนิเมชัน

รายการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X})	ระดับความพึงพอใจ
1. เนื้อหาของสื่อแอนิเมชัน	4.47	มาก
2. การเรียงลำดับหัวข้อที่นำเสนอมีความเหมาะสม เข้าใจง่าย	4.17	มาก
3. ความยาวของสื่อแอนิเมชันที่นำเสนอ	4.20	มาก
4. ความน่าสนใจ/กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ของการใช้ สื่อแอนิเมชัน	4.33	มาก
5. ความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับจากสื่อแอนิเมชัน	4.30	มาก
6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน	4.53	มากที่สุด
7. ภาพของสื่อแอนิเมชัน	4.30	มาก
8. เสียงพากย์ตัวละคร	4.33	มาก
9. เสียงประกอบ ดนตรีประกอบต่าง ๆ	4.23	มาก
10. บทภาพยนตร์แอนิเมชัน	4.43	มาก
11. กราฟิก ตัวอักษรต่าง ๆ	4.43	มาก
12. ภาพรวมของการใช้สื่อแอนิเมชัน	4.53	มากที่สุด
รวม	4.35	มาก

6. อภิปรายผลการวิจัย

6.1 การพัฒนาสื่อแอนิเมชัน

การพัฒนาสื่อแอนิเมชันการจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมตามมาตรฐาน ISO14001:2015 ได้พัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ออกแบบโครงสร้างของสื่อแอนิเมชันและพัฒนาสื่อแอนิเมชันในรูปแบบ วิดีทัศน์การ์ตูนที่เป็นภาพเคลื่อนไหว จากนั้นนำไปทดลองใช้อบรมในกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความรู้ โดยใช้แบบทดสอบก่อนอบรมและหลังอบรม ตลอดจนประเมินความพึงพอใจในการใช้สื่อแอนิเมชัน ในการอบรม ซึ่งสอดคล้องกับการออกแบบและพัฒนาบทเรียนมัลติมีเดียตาม ADDIE Model ซึ่งเป็นรูปแบบ ระบบการเรียนการสอนที่นิยมนำมาใช้ในการออกแบบและพัฒนาสื่อการเรียนการสอน เพราะเป็นรูปแบบ ที่ง่ายและมีขั้นตอนชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้กับการออกแบบและพัฒนาสื่อหลายรูปแบบโดยเฉพาะ การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียลักษณะต่าง ๆ (สุไม บิลโบ, 2557) โดยขั้นตอนของ ADDIE Model (Kurt, S., 2017) ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ (Analysis) การออกแบบโครงสร้างการเรียนการสอน (Design) การสร้างและพัฒนาสื่อการสอน (Development) การนำไปใช้จริงในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ผลการประเมินด้านเนื้อหา ด้านคุณภาพสื่อ และ

ด้านแบบทดสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าเฉลี่ย 4.42, 4.50 และ 4.20 ซึ่งอยู่ในระดับมากมากที่สุด และมาก ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.40 ซึ่งอยู่ในระดับมาก

6.2 การประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรมโดยใช้สื่อแอนิเมชัน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรมพบว่า คะแนนความรู้ก่อนอบรมอยู่ที่ 10.10 ± 1.86 คะแนน ส่วนคะแนนหลังอบรมอยู่ที่ 13.60 ± 1.04 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 แสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อแอนิเมชันในการอบรมช่วยเพิ่มพูนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน คือ 31-40 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.30) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.70) ซึ่งช่วงอายุ 21-40 ปี เป็นวัยที่มีความพร้อมและความสามารถในการเรียนรู้สูง เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทั้งทางสติปัญญาและการปรับตัวต่อเทคโนโลยีใหม่ ๆ ได้ดี นอกจากนี้การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential Learning) ตามทฤษฎีของ Kolb (2015) อธิบายว่าการเรียนรู้ที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติจริงและสะท้อนความคิดนั้น ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้ลึกซึ้งและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สื่อแอนิเมชันที่ออกแบบให้มีลักษณะจำลองสถานการณ์จริงในโรงงานอุตสาหกรรมจึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นี้ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Kolb, 2015) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของอาวี๊ะ บิลหิม และคณะ (2565) ซึ่งได้พัฒนาสื่อการสอนด้วยการ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ เรื่องการคัดแยกขยะ และทำการศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียนและหลังเรียนโดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเทคนิคสมุทรปราการ จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนมีค่าสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญสถิติ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sulistyowati, et al. (2021) ซึ่งได้ทำการพัฒนาสื่อแอนิเมชันบนฐานของ Augmented Reality สำหรับให้คำแนะนำในหัวข้อ 3R (การลดการใช้, การนำไปใช้ซ้ำ, การนำไปแปรรูปใช้ใหม่) โดยผลการทดสอบการใช้งานจริงโดยอาจารย์และนักเรียนอยู่ในระดับดีขึ้นไป สำหรับอายุนานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีอายุนาน 1-5 ปี รองลงมาคือ 6 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการอบรมเรื่องการจัดการขยะตั้งแต่เริ่มเข้ามาทำงานที่โรงงาน หากไม่ได้รับการอบรมการจัดการขยะเป็นระยะ ๆ ก็อาจทำให้เกิดการละเลยการปฏิบัติตามมาตรฐานการจัดการขยะในโรงงานได้

6.3 การประเมินความพึงพอใจในการอบรมโดยใช้สื่อแอนิเมชัน

ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการอบรมโดยใช้สื่อแอนิเมชัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ 4.35 ซึ่งอยู่ในระดับมากทุกรายการประเมิน แสดงให้เห็นว่าสื่อแอนิเมชันที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ดี การใช้สื่อแอนิเมชันช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความสนใจของผู้เรียน ทำให้เกิดความพึงพอใจสูงในการเรียนรู้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของชัชช โกตระกลู และคณะ (2563) ที่ได้ออกแบบและประเมินความพึงพอใจของสื่อแอนิเมชัน 3 มิติเรื่องผลกระทบของการทิ้งขยะลงสู่ทะเลไทย โดยมีการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับสูงเช่นเดียวกัน งานวิจัย

ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าแอนิเมชันเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารความรู้และส่งเสริมการเรียนรู้ในลักษณะที่มีความน่าสนใจและเข้าใจง่าย นอกจากนี้งานวิจัยทางด้านการออกแบบสื่อการเรียนการสอนโดยใช้แอนิเมชันยังสนับสนุนว่า การใช้สื่อมัลติมีเดียที่เน้นภาพและการเคลื่อนไหวช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้และความพึงพอใจของผู้เรียนอย่างมีนัยสำคัญ (Mayer, 2020) การเลือกใช้สื่อแอนิเมชันในการอบรมพนักงานจึงถือเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและสร้างแรงจูงใจในสถานที่ทำงาน

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

7.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้

7.1.1 ควรนำสื่อแอนิเมชันที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการอบรมพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านการจัดการขยะตามมาตรฐาน ISO 14001:2015

7.1.2 หน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทด้านสิ่งแวดล้อมสามารถนำสื่อแอนิเมชันนี้ไปปรับใช้ในการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน เพื่อเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการของเสียอย่างถูกต้อง

7.1.3 ฝ่ายทรัพยากรบุคคลของโรงงานอุตสาหกรรมควรบรรจุการฝึกอบรมด้วยสื่อแอนิเมชันไว้ในหลักสูตรการอบรมพนักงานใหม่ เพื่อปลูกฝังความรู้ตั้งแต่เริ่มต้นทำงาน และควรจัดอบรมให้กับพนักงานเป็นระยะ ๆ หรืออย่างน้อยทุก 1 ปี

7.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อในอนาคต

7.2.1 ควรศึกษาประสิทธิภาพของสื่อแอนิเมชันในรูปแบบอื่น เช่น อินเทอร์แอคทีฟ หรือแบบเกมมิง เพื่อเปรียบเทียบกับสื่อที่ใช้ในการวิจัยนี้

7.2.2 ควรศึกษาระดับความรู้ที่มีอยู่ในระยะยาวหลังการอบรม เช่น ผ่านการทดสอบหลังอบรม 1 เดือน หรือ 6 เดือน หรือ 1 ปี

7.2.3 ควรพัฒนาเนื้อหาเพิ่มเติมในเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐาน ISO 14001:2015 ในรูปแบบแอนิเมชัน เช่น การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ หรือการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม

8. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อแอนิเมชันให้ความรู้เรื่อง การจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมตามมาตรฐาน ISO 14001:2015 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

8.1 การพัฒนาสื่อแอนิเมชัน

สื่อแอนิเมชันมีประสิทธิภาพ โดยเมื่อพิจารณาจากผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า สื่อแอนิเมชันมีคุณภาพด้านเนื้อหา ด้านคุณภาพสื่อ และด้านแบบทดสอบอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42, 4.50 และ 4.20 ตามลำดับ

8.2 การประเมินความรู้อ่อนและหลังอบรมโดยใช้สื่อแอนิเมชัน

สื่อแอนิเมชันมีประสิทธิผลต่อการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการอบรมอยู่ที่ 10.10 ± 1.86 และคะแนนหลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 13.60 ± 1.04 โดยผลการทดสอบที่แบบจับคู่ พบว่า คะแนนก่อนและหลังอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าสื่อแอนิเมชันที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้ของพนักงาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงานที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยให้ผลการอบรมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

8.3 การประเมินความพึงพอใจในการอบรมโดยใช้สื่อแอนิเมชัน

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อแอนิเมชันในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 4.35 ซึ่งแสดงถึงการยอมรับและเห็นคุณค่าในสื่อแอนิเมชันที่ใช้ในการอบรม

9. เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ. (2566). รายงานสรุปสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี 2565.

<https://www.pcd.go.th>

ชลัช โกตระกูล, พรรณเพ็ญ ฉายปรีชา, ชัยพร พานิชรุทติวงศ์ และอิทธิยา โกตระกูล. (2563, สิงหาคม 13). การออกแบบสื่อแอนิเมชัน 3 มิติ เรื่องผลกระทบจากการทิ้งขยะมูลฝอยสู่ท้องทะเลไทย. ใน *เอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2563*. มหาวิทยาลัยรังสิต.

นันทรัตน์ กลิ่นหอม, ชีระพล สุทธิพนไพศาล, พิชญญา เจริญใจ, ดิสรินทร์ โทนกล้า และวิภาวี นันทกุล. (2565). การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบแอนิเมชัน 3 มิติ เรื่อง ธุรกิจเกษตรทฤษฎีใหม่. *Journal of Science and Technology, Southeast Bangkok College*, 2(3), 42-51.

คิมภรณ์ น้อยพงษ์ และกฤติกา สังขวดี. (2559). ผลของการใช้สื่อแอนิเมชัน 2 มิติ ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องป่าไม้มหัศจรรย์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 9(1), 7-11.

สุไม บิลไบ. (2557). *นวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศทางการศึกษา*.

https://drsumai binbai.files.wordpress.com/2014/12/addie_design_sumai.pdf

อาวี้ะ บิลหีม, ทักษิณา นพคุณวงศ์ และศศิลักษณ์ ไชยตัน. (2565). การพัฒนาสื่อการสอนด้วยการ์ตูนแอนิเมชัน 3 มิติ เรื่อง การคัดแยกขยะ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยกรุงเทพ ตะวันออกเฉียงใต้*, 2(3), 52-61.

Anwar, Y., Slamet, A., & Daniaty, U. (2023). Improving critical thinking skills through discovery learning models assisted animation video on digestive system material. *JPBI (Jurnal Pendidikan Biologi Indonesia)*, 9(3), 433-444. <https://doi.org/10.22219/jpbi.v9i3.29042>

- Hitesh. (2024, January 30). Advantage and disadvantage of animation. <https://aaftonline.com/blog/advantages-and-disadvantages-of-animation/>
- Kolb, D. A. (2015, January). Experiential learning: Experience as the source of learning and development (2nd ed.). ResearchGate, https://www.researchgate.net/publication/315793484_Experiential_Learning_Experience_as_the_source_of_Learning_and_Development_Second_Edition.
- Kurt, S. (2017, August 29). *ADDIE Model: Instructional design*. Educational Technology, <https://educationaltechnology.net/the-addie-model-instructional-design/>.
- Mayer, R. E. (2020). *Multimedia learning* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Sulistyowati, P., Ananda, N. S., & Hudha, M. N. (2021). Developing an instructional media based on augmented reality animation for 3R topic (Reduce, Reuse, and Recycle) of thematic learning. *The 5th Annual Applied Science and Engineering Conference (AASEC2020)*. <https://doi.org/10.1088/1757-899X/1098/3/032111>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

นิตา ดิษฐาน^{1*} และชนิทานต์ วัฒนภิรมย์²

Received: September 22, 2025

Revised: October 31, 2025

Accepted: November 1, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 404 คน ข้อมูลที่ได้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และครบถ้วน 400 ชุด ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.85 ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปรในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.50) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.30, 55.50 และ 78.00) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.50) สตรีมาตรวจมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 74.00) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า เมื่อสตรีเคยได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.76 เท่า เมื่อเทียบกับไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (adj.OR= 1.76; 95%CI: 1.58-3.39) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ฉะนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงต้องมีการประชาสัมพันธ์การตรวจมะเร็งอย่างต่อเนื่อง และถึงแม้ว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ และร่วมกับ อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ชัดเจน และจัดคลินิกบริการในชุมชน

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง / มะเร็งปากมดลูก / สตรี / ความเชื่อด้านสุขภาพ

* **ผู้รับผิดชอบบทความ:** นิตา ดิษฐาน โรงพยาบาลพระพรหม อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail: nisa.dith@gmail.com

^{1,2} **พยาบาลศาสตรบัณฑิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช**

Factors related to cervical cancer screening among women in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province

Nisa Ditsathan^{1*} and Chanikan Wattanapirom²

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the level of health beliefs regarding cervical cancer and to analyze the factors associated with cervical cancer screening among women in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province. The study population consisted of women aged 30–60 years residing in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province. A sample size of 404 women was calculated, and 400 completed questionnaires were valid and complete. A systematic random sampling method was used. The research instrument was a questionnaire assessing health beliefs and cervical cancer screening behaviors, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression.

The results showed that the overall level of health beliefs was moderate (71.50%). When considering each dimension, it was found that perceived susceptibility to the disease, perceived severity of the disease, and perceived benefits of preventive behavior were mostly at a high level (58.30%, 55.50%, and 78.00%, respectively). Meanwhile, perceived barriers to preventive behavior were mostly at a low level (62.50%). Regarding screening behavior, 74.00% of women had undergone cervical cancer screening. Factors associated with cervical cancer screening indicated that women who had previously received information about cervical cancer were 1.86 times more likely to undergo screening compared to those who had not received such information (adj. OR = 1.76; 95%CI: 1.58-3.39). Other factors were not significantly associated with cervical cancer screening.

Therefore, public health officers should continue promoting cervical cancer screening regularly. Even though perceived barriers to screening were at a low level, collaboration with village health volunteers (VHVs) to provide clear and accurate information about cervical cancer and to organize community-based screening clinics is still recommended.

Keywords: Screening / Cervical cancer / Women / Health beliefs

* *Corresponding Author:* Nisa Ditsathan, Phraphrom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province, E-mail: nisa.dith@gmail.com

^{1,2} *Bachelor of Nursing Science (B.N.S.), Senior Professional Nurse, Phraphrom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province*

1. บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบมากเป็นอันดับที่ 4 ของสตรีทั่วโลก พบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาก็ยังเจอสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก โดยโรคนี้อาจเกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Viruses (HPV) ชนิดที่ 16 และ 18 ซึ่งพบได้บ่อยโดยการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพบว่าร้อยละ 90 ผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี (HIV) มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากถึง 6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี (World Health Organization, 2024) ปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก 604,127 คน และเสียชีวิต 341,831 คน (Singh et al., 2023) สาเหตุสำคัญ คือ การติดเชื้อเรื้อรังของ Human Papilloma Virus (Castellsagué, 2008) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ HPV ได้ง่ายขึ้น เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 20 ปี การไม่ใช้ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์หลายครั้ง หรือการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี รวมถึงการใช้ยาคุมกำเนิดทุกชนิด จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (Delam et al., 2020) จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี รวมทั้งมีระบบการวินิจฉัย รักษา และส่งต่อผู้ป่วยซึ่งกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีเป้าหมายให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของสตรีทั่วประเทศ ในปัจจุบันได้มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์สิทธิการตรวจคัดกรองฟรีสำหรับสตรีทุกสิทธิ์การรักษา อย่างไรก็ตาม แนวทางปฏิบัตินี้อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของบริษัทในพื้นที่นั้น ๆ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ, 2561)

จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 58.09 ซึ่งเป้าหมายในการคัดกรองต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 โดยเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2566) สำหรับอำเภอพระพรหม ในปี พ.ศ. 2567 ข้อมูล ณ วันที่ 29 มีนาคม 2567 พบว่า ได้รับการคัดกรองจำนวน 2,501 คน คิดเป็นร้อยละ 31.75 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหม, 2567) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และยังมีอัตราการคัดกรองที่ต่ำกว่าภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราชอีกด้วย จากการสัมภาษณ์สตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาจากหลายปัจจัย เช่น ขาดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่กล้ามาตรวจ อาจเพราะเจ้าหน้าที่รู้จักกัน เป็นต้น แต่ที่สำคัญที่ทำให้ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และส่วนใหญ่กลัวการตรวจคัดกรองเพราะกลัวการตรวจพบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง รongลงมา คือ คิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยคิดว่าคนที่เป็นมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่สมิตนเองเท่านั้น และยังคงคิดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกบ่อยครั้งนั้นไม่จำเป็นโดยเฉพาะในรายที่ผลตรวจปกติมาก่อน ทั้งนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาทิ อายุ (กรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ, 2559)

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษา มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) มักมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) บุคคลที่ประเมินความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบต่อตนเองมาก 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits) บุคคลย่อมตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้เกิดประโยชน์ และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) เป็นคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ (Maiman & Becker, 1974)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญและยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีทั่วโลก รวมถึงสตรีในประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามยังสามารถป้องกันและลดอัตราการป่วยตายได้ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดทำโครงการรณรงค์ให้สตรีเป้าหมายมาตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้มีแนวทางในการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องเช่นกัน แต่การดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่บรรลุเป้าหมาย แสดงให้เห็นว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นหากได้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีเป้าหมาย รวมถึงทราบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ก็จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และวางแผนกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนางานการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อันจะเป็นการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ดีในการเข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เพิ่มมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

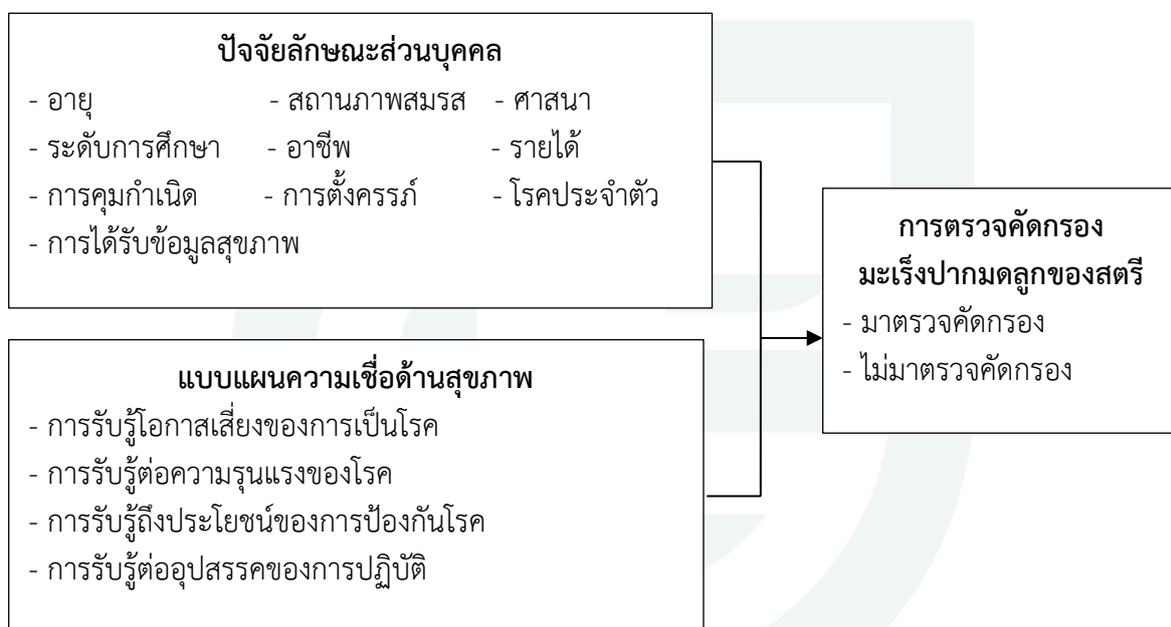
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก และได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Maiman & Becker, 1974) ซึ่งอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) (2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) (3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits) และ (4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) มาเป็นกรอบคิดในการศึกษาการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

4.1 ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30 – 60 ปี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 7,878 คน

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบขนาดประชากรและสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรของ Daniel (1995) กำหนดค่าสัดส่วนประชากร สตรี 30– 60 ปี มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 0.55 (พิทยารัตน์ จิกยง, 2567) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้จำนวน 367 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จำนวน 37 คนจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 404 คน (Naing et al., 2006)

4.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

4.3.1 นำรายชื่อสตรีอายุ 30-60 ปี ของแต่ละหน่วยบริการ มาเรียงลำดับตามบ้านเลขที่

4.3.2 คำนวณหาระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้ $l = N/k$ ได้

ระยะห่างเท่ากับ 19.5 หรือ 20

4.3.3 เมื่อได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยทำการสุ่มบ้านเลขที่ที่เป็นเลขโดด 1 - 9 เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างรายแรก และนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมด 404 คน

4.4 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษา

4.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี ติดต่อกัน 2) เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทย และ 3) เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

4.4.2 เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ โรคประจำตัว การได้รับข้อมูลสุขภาพ และประวัติการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยขออนุญาตใช้แบบสอบถามวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ของพิทยรัตน์ จิกยอง (2567) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 10 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 10 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการเป็นโรค 10 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ

ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 คำตอบเดียวที่ตรงกับการรับรู้ และคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ โดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับดังนี้ คำถามเชิงบวก มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน, มาก เท่ากับ 4 คะแนน, ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน, น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ มากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน, มาก เท่ากับ 2 คะแนน, ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน, น้อย เท่ากับ 4 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามในการวิจัยในครั้งนี้ ได้ขออนุญาตใช้จากพิทยารัตน์ จิกยอง (2567) นำแบบสอบถามหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นจึงได้นำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีอายุ 30 – 60 ปีอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach'alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.85

4.6 การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน ช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนดังนี้

4.6.1 จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพรหม สาธารณสุขอำเภอพระพรหม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอพระพรหม จัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.6.2 ขอความร่วมมือให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ ประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ประธาน อสม.) เพื่อชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์ของงานวิจัย และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้แจกแบบสอบถาม ตามรายชื่อที่ส่งได้

4.6.3 ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4.6.4 รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไป นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

4.6.5 ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบบสอบถามที่ครบถ้วน ถูกต้อง และสมบูรณ์จำนวน 400 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.01

4.7 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติดังนี้

4.7.1 สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา

4.7.2 สถิติเชิงอนุมาน จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีตัวแปรตาม คือ การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นชนิดแจกแจง 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) จำแนกเป็นมาตรวจ (1) และไม่มาตรวจ (0) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) เพื่อพิจารณาตัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และทำการตัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value มากกว่า 0.05 ออก จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence Interval: 95%CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่มีค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และในกรณีที่มีค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.8 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 99/2567 วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ส่งแบบสอบถามตอบกลับและกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ และการไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลพระพรหม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช แต่อย่างใด

5. ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 3 ใน 5 มีอายุระหว่าง 45 – 60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงานตอนปลาย (ร้อยละ 59.25) มีอายุเฉลี่ย 45.91 ปี (SD=7.71) อายุน้อยที่สุด 30 ปี มากที่สุด 60 ปี ประมาณ 3 ใน 4 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.00) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.50) ประมาณ 1 ใน 3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.75 และ 33.50) มากกว่าครึ่งมีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 56.50) ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 59.25) โดยกินยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 34.97) มากกว่า 4 ใน 5 มีประวัติเคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 85.75) โดยตั้งครรภ์ 2 ครั้ง

มากที่สุด (ร้อยละ 39.36) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72.75) โดยเป็นโรคไขมันในเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 38.06) มากกว่า 4 ใน 5 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 86.25) โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. มากที่สุดใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 37.00 และ 36.59) ประมาณ 3 ใน 4 มาตรวจมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 74.00)

5.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	233	58.30	166	41.50	1	0.30
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค	54	55.50	182	45.50	0	0.00
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค	312	78.00	87	21.80	1	0.30
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ	47	11.80	103	25.80	250	62.50
ภาพรวม	113	28.25	286	71.50	1	0.25

จากตารางที่ 1 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัด นครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.50) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.30, 55.50 และ 78.00) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.50)

5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หูปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
	ไม่มาตรวจ	มาตรวจ				
อายุ (ปี)						
30 – 44 ปี	47 (28.83)	116 (71.17)	Reference			
45 – 60 ปี	57 (24.05)	180 (75.95)	1.28 (0.82–2.01)	0.284	–	–
สถานภาพสมรส						
โสด	11 (22.00)	39 (78.00)	Reference			
คู่	79 (26.69)	217 (71.17)	0.78 (0.38–1.59)	0.485	–	–
หม้าย/หย่า/แยก	14 (25.93)	40 (74.07)	0.81 (0.33–1.99)	0.640	–	–
ศาสนา						
พุทธ	47 (28.83)	116 (71.17)	Reference			
อิสลาม	3 (16.67)	15 (83.33)	1.80 (0.51–0.64)	0.362	–	–
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	42 (32.06)	89 (67.94)	Reference			
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (17.39)	76 (82.61)	2.24 (1.17–4.30)	0.015	–	–
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	26 (26.53)	72 (73.47)	1.31 (0.73–2.33)	0.365	–	–
อนุปริญญา/ปวส.	7 (22.58)	24 (77.42)	1.62 (0.65–4.05)	0.304	–	–
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	13 (27.08)	35 (72.92)	1.27 (0.61–2.65)	0.523	–	–
อาชีพ						
ข้าราชการ	1 (8.33)	11 (91.67)	Reference			
เกษตรกรรม	24 (20.00)	96 (80.00)	0.36 (0.05–2.96)	0.344	–	–
รับจ้าง	43 (32.09)	91 (67.91)	0.19 (0.02–1.54)	0.192	–	–
ค้าขาย	23 (27.38)	61 (72.62)	0.24 (0.03–1.97)	0.185	–	–
ธุรกิจส่วนตัว	4 (16.00)	21 (84.00)	0.48 (0.05–4.81)	0.530	–	–
ไม่ได้ทำงาน	9 (36.00)	16 (64.00)	0.16 (0.02–1.64)	0.105	–	–

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์พหุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก					
	ไม่มาตรวจ	มาตรวจ				
ความเพียงพอของรายได้						
พอใช้จ่าย	59 (26.11)	167 (73.89)	Reference			
พอใช้และมีเหลือใช้ มีไว้เก็บ	10 (18.18)	45 (81.82)	1.59 (0.75–3.36)	0.224	–	–
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มี หนี้สิน	22 (32.84)	45 (67.16)	0.72 (0.40–1.30)	0.281	–	–
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	13 (25.00)	39 (75.00)	1.06 (0.53–2.12)	0.870	–	–
การคุมกำเนิด						
ไม่ได้คุมกำเนิด	62 (26.16)	175 (73.84)	Reference			
คุมกำเนิด	42 (25.77)	121 (74.23)	1.02 (0.65–1.61)	0.930	–	–
ประวัติการตั้งครรภ์						
ไม่เคยตั้งครรภ์	16 (28.07)	41 (71.93)	Reference			
ตั้งครรภ์	88 (25.66)	255 (74.34)	1.13 (0.60–2.12)	0.701	–	–
โรคประจำตัว						
ไม่มี	78 (26.80)	213 (73.20)	Reference			
มี	26 (23.85)	83 (76.15)	1.17 (0.70–1.95)	0.549	–	–
การได้รับข้อมูลข่าวสาร						
ไม่เคยได้รับ	21 (38.18)	34 (61.82)	Reference			
เคยได้รับ	83 (24.06)	262 (75.94)	1.95 (1.07–3.54)	0.028	1.76 (1.58–3.39)	0.049
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	52 (31.14)	115 (68.86)	Reference			
ระดับสูง	52 (22.32)	181 (77.68)	1.57 (1.01–2.47)	0.048	1.52 (0.96–2.39)	0.072
การรับรู้ความรุนแรงของโรค						
ระดับปานกลาง	43 (23.63)	139 (76.37)	Reference			
ระดับสูง	61 (27.98)	157 (72.02)	0.80 (0.51–1.25)	0.323	–	–
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	25 (28.41)	63 (71.59)	Reference			
ระดับสูง	79 (25.32)	233 (74.68)	1.17 (0.69–1.99)	0.560	–	–
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ						
ระดับต่ำ	55 (22.00)	195 (78.00)	Reference			
ระดับปานกลาง	34 (33.01)	69 (66.99)	0.57 (0.34–0.95)	0.031	1.66 (0.83–3.33)	0.150
ระดับสูง	15 (31.91)	32 (68.09)	0.60 (0.30–1.19)	0.145	1.05 (0.49–2.24)	0.894

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อสตรีมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 2.24 เท่า เมื่อเทียบกับระดับประถมศึกษา (OR= 2.24; 95%CI: 1.17–4.30) เมื่อสตรีเคยได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.95 เท่า เมื่อเทียบกับไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (OR= 1.95; 95%CI: 1.07–3.54) เมื่อสตรีมีการรับรู้ความเล็งของโรคระดับสูง จะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.57 เท่า เมื่อเทียบกับระดับต่ำ-ปานกลาง (OR= 1.57; 95%CI: 1.01–2.47) และเมื่อสตรีมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติระดับปานกลางจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดลงร้อยละ 43 เมื่อเทียบกับระดับต่ำ (OR= 0.57; 95%CI: 0.34–0.95)

เมื่อนำตัวแปรมาวิเคราะห์ด้วยตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่า เมื่อสตรีเคยได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.76 เท่า เมื่อเทียบกับไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (adj.OR= 1.76; 95%CI: 1.58–3.39)

6. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 26.00) ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ควรจะต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี อย่างน้อย 1 ครั้ง และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 32.75) จึงเป็นไปได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยอาจจะมีการรับรู้ที่ถูกต้องหรือมีการรับรู้ที่น้อยกว่าบุคคลที่มีการศึกษามากกว่า ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าหากสตรีมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับที่ดีเชื่อว่าจะทำให้บุคคลนั้นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ แต่อาจจะมีบางประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้ที่สตรียังมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง อาทิ โรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีทางป้องกันและไม่สามารถป้องกันได้ (M= 2.81, SD.= 1.17) และโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบได้เมื่อมีอาการผิดปกติขึ้นแล้วเท่านั้น (M= 2.59, SD= 1.15) ซึ่งอาจจะทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของวารสาร คิริธรรมานุกูล (2560) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อยู่ในระดับสูงอาจจะเป็นเพราะกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวเป็นบุคคลที่มารับบริการตามโครงการซึ่งมีความตระหนักต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า ในดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ทุกสถานบริการได้ร่วมกันจัดทำโครงการรณรงค์ให้กลุ่มตัวอย่างมาตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะเป็นนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้มีแนวทางในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง และมีการกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี และการดำเนินการดังกล่าวได้ทำมาเป็นเวลานาน จึงทำให้สตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ทั้งในเรื่องความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์

ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งความเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ($M= 4.18, SD= 0.80$) รองลงมาคือ ผู้หญิงที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส หนองใน มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ($M= 4.13, SD= 0.79$) สำหรับความคิดเห็นต่อความรุนแรงก็พบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกควรได้รับการรักษาทุกคน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ($M= 4.19, SD= 0.86$) รองลงมาคือ โรคมะเร็งปากมดลูก หากตรวจพบในระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น จะทำให้การรักษายากขึ้น ($M= 4.17, SD= 0.82$) จากความคิดเห็นที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรค และความรุนแรงของโรค จึงส่งผลให้สตรีได้รับรู้ประโยชน์จากการตรวจมะเร็งปากมดลูก ดังผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี เป็นสิทธิประโยชน์ของสตรีไทยทุกคน สามารถเข้าตรวจได้ที่สถานพยาบาลของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ($M= 4.31, SD= 0.83$) ประเด็นนี้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดเป้าหมายให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของสตรีทั่วประเทศ ทั้งนี้จากการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงจะส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์ คือ การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก จะช่วยป้องกันการลุกลามไปอวัยวะอื่น ๆ ได้ ($M= 4.20, SD= 0.75$) อีกประเด็นอาจจะเป็นเพราะว่า สตรีสามารถที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้หลายแห่ง เนื่องจากเป็นอำเภอที่ติดกับอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จึงทำให้สามารถเข้าถึงบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายกว่าสตรีพื้นที่อื่น ๆ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ (Maiman & Becker, 1974) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า สตรีอายุ 30 – 60 ปี ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของวราภรณ์ ศิริธรรมานุกุล (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค ของสตรีที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และการศึกษาของศรีกิจ ศิริสมบัติ และบุญประจักษ์ จันทร์วิน (2568) ที่พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ แต่แตกต่างกับการศึกษาของศรีธนธร มังคะมณี และคณะ (2567) ที่พบว่า สตรีในจังหวัดราชบุรี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า ด้วยบริบทพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นอำเภอที่ติดกับอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช มีสถานที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลายแห่ง ทั้งหน่วยบริการของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน กลุ่มตัวอย่างจึงก้าวข้ามอุปสรรคในเรื่องการตรวจบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปได้ ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างไปตรวจหน่วยบริการที่ไม่ใช่พื้นที่ตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างลดความอายเมื่อไปตรวจลดลง ดังผลการวิจัยที่พบว่า

การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่อาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($M= 2.26, SD= 1.16$) อีกประเด็น อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และรับรู้ประโยชน์ในการไปตรวจ มะเร็งปากมดลูก อีกทั้งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องมาหลายปี กลุ่มตัวอย่างบางคนมีการตรวจหลายครั้ง ฉะนั้นจึงมีความเห็นว่า อุปสรรคที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกทำให้เกิดความเจ็บปวด จึงมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M= 1.66, SD= 1.34$) ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า สตรีอายุ 30 - 60 ปี ตำบล บ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีการรับรู้ต่ออุปสรรคอยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานกุล (2560) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของสตรีที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของศรีกิจ ศิริสมบัติ และบุญประจักษ์ จันทรวิน (2568) ที่พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการรับรู้อุปสรรคส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับต่ำ แต่แตกต่างกับการศึกษาของศรีธนธ มังคะมณี และคณะ (2567) ที่พบว่า สตรีในจังหวัดราชบุรี มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ด้วยเหตุนี้ พบเพียง 1 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร อธิบายได้ว่า เมื่อสตรีได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีย่อมจะมีความตระหนักและรับรู้การเกิดมะเร็งปากมดลูกที่เป็นไปในทิศทางบวก ส่งผลให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า สตรีเคยได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่า 4 ใน 5 (ร้อยละ 86.25) และได้รับข้อมูลข่าวสารมาจากหลากหลายช่องทาง โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากที่สุด (ร้อยละ 37.00) รองลงมาคือ อสม. (ร้อยละ 36.59) แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เป็นบุคคลที่สามารถให้ข้อมูล และทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความตระหนักในการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ (ร้อยละ 12.93) ซึ่งช่องทางนี้ จะเป็นการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรง ความเสี่ยง และประโยชน์ในการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยข้อมูลที่ได้นำเสนอ สามารถที่จะรับรู้ถึงสถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก และอาจจะมีสื่อภาพที่ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากสื่อดังกล่าวอาจจะเกิดจากที่กระทรวง สาธารณสุขมีความต้องการรณรงค์ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความรุนแรงหากเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนที่ให้สตรีตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพรณี ปิ่นภาค (2563) ที่พบว่า การไม่ทราบ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร นั้นแสดงให้เห็นว่า ถ้ากลุ่มเป้าหมายได้รับ ข้อมูลข่าวสารที่ทั่วถึงอาจจะทำให้กลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น เช่นเดียวกับการ ศึกษาของศรีธนธ มังคะมณี และคณะ (2567) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ ของสตรีในจังหวัดราชบุรี ส่งผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การศึกษานี้ยังแตกต่างกับการศึกษา ของศรีกิจ ศิริสมบัติ และบุญประจักษ์ จันทรวิน (2568) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาภายในตำบล ซึ่งอาจจะมีการประชาสัมพันธ์ที่ทั่วถึงแล้ว

สำหรับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลอื่นไม่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี รวมทั้งมีระบบการวินิจฉัย รักษา และส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งจากนโยบายดังกล่าวทำให้หน่วยบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้น สตรีแต่ละคนจึงมีโอกาสที่จะได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของสตรีตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ไม่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ยกเว้นตัวแปรอายุที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 51-60 ปี จะมีประสบการณ์ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำและตรวจเป็นประจำทุกปี

ความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่า นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่รณรงค์การตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องเช่นกัน อีกทั้งยังมีการประชาสัมพันธ์หลากหลายช่องทางจึงทำให้สตรีมีการรับรู้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคของสตรีตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ไม่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ยกเว้นตัวแปรรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่าพื้นที่ที่ศึกษาตั้งอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีโรงพยาบาลทั้งรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน และมีโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งตั้งอยู่ในเขต จึงทำให้สตรีมีการคมนาคมที่สะดวก ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ฉะนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงต้องมีการประชาสัมพันธ์การตรวจมะเร็งอย่างต่อเนื่อง และถึงแม้ว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ แต่ประมาณร้อยละ 26.00 ยังมีสตรีที่ยังไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก จึงควรมีการดำเนินงานร่วมกับ อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ชัดเจน

8. สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 3 ใน 4 มาตรการมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และสื่อออนไลน์มากที่สุด

9. เอกสารอ้างอิง

- กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสันต์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และชญญาภัค วงษ์ษา. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(2), 124–137. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/265095/180816>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สถาบันมะเร็ง, กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ. (2561). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก*. โฆษิตการพิมพ์.
- ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล, รัตนา ธรรมวิจิต และธานินทร์ สุทธิประเสริฐ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(6), 1022–1031. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/791/709>
- นรี พุ่มจันทร์, เทพกร พิทยาภินันท์ และทัศนีย์ ประธาน. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา: อำเภอ บ้านนังस्ता. *วารสารบัณฑิตวิจัย*, 5(2), 153–159.
- นันทิดา จันตะวงศ์, ปิยะธิดา ตริเดช, สุนธนา ศิริ และชาญวิทย์ ตริเดช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 – 60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 63–79. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/issue/view/9863/5284>
- พรณี ปิ่นนาค. (2563). เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : กรณีศึกษา สตรีอายุ 30–60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 118–131. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/issue/view/16755>
- พิทยารัตน์ จิกยง. (2567). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30–60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่* [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต ไม้ได้ดีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วราภรณ์ ศิริธรรมานุกูล. (2560). เหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกัน และเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลจุฬารัตน์. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 10(1), 126–144. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/96897/75676>
- ศรินธร มังคะมณี, อิศรา ศิริมณีรัตน์, ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, จิรียา อินทนา, ชลิต เซารวีไธย และหวานใจ หล้าพรหม. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 4(1), 11–22. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/267448/182616>
- ศรียก ศิริสมบัติ และบุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 5(2), e274135. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/274135/187102>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหม. (2567). *รายงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rded). Prentice–Hall.
- Castellsagué, X. (2008). Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical Cancer. *Gynecologic Oncology*, 110(3, Supplement 2), S4–S7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.07.045>
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. Wiley & Sons.
- Delam, H., Izanloo, S., Bazrafshan, M. R., & Eidi, A. (2020). Risk factors for cervical cancer: An epidemiological review. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, 8(3), 105–109. <https://doi.org/10.30476/jhsss.2020.86539.1092>
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 (140), 5–55
- Maiman, L. A. & Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336–353. <https://doi.org/10.1177/109019817400200404>
- Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences*, 1, 9–14. https://aos.usm.my/docs/Vol_1/09_14_ayub.pdf

Singh, D., Vignat, J., Lorenzoni, V., Eslahi, M., Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, P. M., Basu, P., Bray, F., & Vaccarella, S. (2023). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health*, 11(2), E197–E206.

World Health Organization. (2024, March 5). *Cervical cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.





การรักษาผู้ป่วยเด็กแบบทันตกรรม พร้อมมูลในรายที่มีฟันผุหลายตำแหน่ง : รายงานผู้ป่วย

จันทิมา น้อยเขียว

Received: October 8, 2025

Revised: October 19, 2025

Accepted: October 21, 2025

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการจัดการโรคฟันผุรุนแรงในเด็กปฐมวัยในชุดฟันผสมด้วยแผนการรักษาทางทันตกรรมพร้อมมูลสำหรับผู้ป่วยเด็ก กรณีศึกษาในเด็กหญิงไทยอายุ 8 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการปวดฟันกราม น้ำนมบนขวาและล่างซ้ายมาประมาณ 2 วัน ปวดเวลารับประทานอาหารแล้วมีเศษอาหารติด จากการตรวจทางคลินิกและภาพรังสีพบฟันน้ำนมหลายซี่มีรอยผุขนาดใหญ่และลึกถึงโพรงประสาทฟัน โดยเฉพาะฟันกรามน้ำนมล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (74) ซึ่งมีอาการแสดงของภาวะเยื่อโพรงประสาทฟันอักเสบแบบผันกลับได้และพบว่าฟันกรามน้ำนมบนขวาซี่ที่หนึ่ง (54) และฟันกรามน้ำนมบนขวาซี่ที่สอง (55) และฟันกรามน้ำนมล่างขวาซี่ที่สอง (85) มีรอยผุขนาดใหญ่ในด้านประชิดของฟัน นอกจากนี้ยังพบฟันผุในด้านบดเคี้ยวและด้านผิวฟันในฟันน้ำนมหลายตำแหน่งและพบฟันผุระยะเริ่มต้นในฟันแท้ที่กำลังขึ้นในช่องปาก

แผนการรักษาทันตกรรมพร้อมมูลสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยงของการเกิดฟันผุและภาวะโภชนาการ การบูรณะด้วยเรซินเพื่อการป้องกันและการเคลือบหลุมร่องฟัน การบูรณะฟันน้ำนมที่ผุด้วยวัสดุอุดฟัน การรักษาโรคฟันน้ำนมแบบพัลไฟโฟโทมีและทำครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม การฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง ผลลัพธ์ภายหลังการรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงและหายเป็นปกติ สามารถใช้งานฟันกรามน้ำนมเพื่อทำหน้าที่บดเคี้ยวได้ ผู้ป่วยและผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการรักษาและการทำกิจกรรมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด การติดตามผลแสดงให้เห็นความสำเร็จของการรักษาภายหลังการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 18 เดือน

รายงานผู้ป่วยนี้บ่งชี้ถึงความสำคัญของการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาแบบทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยเด็กที่มีฟันน้ำนมผุหลายซี่ เพื่อให้การรักษาที่ครอบคลุม เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ช่วยฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมพัฒนาการของระบบบดเคี้ยวที่ดีในระยะยาว

คำสำคัญ: การรักษาทันตกรรมพร้อมมูล / ฟันผุในเด็ก / การรักษาโรคฟันน้ำนม / พัลไฟโฟโทมี / ครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม

Comprehensive Dental Care for a Pediatric Patient with Multiple Carious Lesions : A Case Report

Juntima Noikeaw

Abstract

This case report aimed to present the management of severe early childhood caries in the mixed dentition using a comprehensive dental treatment plan for a pediatric patient. An 8-year-old Thai girl presented with a two-day history of pain in the upper right and lower left posterior primary teeth, exacerbated by food impaction after meals. Clinical and radiographic examination revealed multiple cavities in several primary teeth. Specifically, the mandibular left second primary molar (74) exhibited symptoms indicative of reversible pulpitis, and large proximal carious lesions were noted on the maxillary right primary molars (54 and 55) and mandibular right second primary molars (85). Additionally, occlusal and smooth-surface carious lesions were detected across multiple primary teeth, along with initial carious lesions in the deep pits and fissures of erupting permanent teeth.

The comprehensive treatment plan for this patient involved: behavior modification, caries risk assessment and nutritional evaluation, placement of preventive resin restorations and sealants, restoration of decayed primary teeth, pulpotomy and stainless-steel crown (SSC) placement on the mandibular left second primary molar, practical oral hygiene instruction (OHI), and continuous follow-up combined with ongoing dental health education for the patient and parents. Following treatment, the patient reported a marked reduction in pain and achieved full functional recovery. The restored primary molars remained functional for mastication, and both the patient and parents maintained consistent cooperation with the treatment regimen and OHI activities, which led to a marked improvement in oral hygiene. At the 18-month follow-up, the outcomes demonstrated the long-term success and stability of the comprehensive treatment.

This case highlights the critical importance of accurate diagnosis and comprehensive treatment planning in pediatric patients with multiple carious lesions in mixed dentition. A tailored, holistic approach can restore oral health, prevent complications, and support the healthy long-term development of the masticatory system.

Keywords: Comprehensive Dental Treatment / Early Childhood Caries (ECC) /

Vital Pulp Therapies in Primary Teeth / Pulpotomy / Stainless Steel Crown (SSC)

Corresponding Author: Juntima Noikeaw, 12 Moo 3 Tha Cham Pi, Muang Phayao, Phayao, 56000,

E-mail: N.majuntima@gmail.com

*Dentist, Professional level, Chun Hospital, Phayao Provincial Public Health Office, Office of the Permanent Secretary,
Ministry of Public Health*

1. บทนำ

ฟันผุในเด็กยังคงเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในระดับโลกและเป็นความท้าทายที่สำคัญสำหรับงานสาธารณสุขในประเทศไทยเช่นกัน จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข, 2567) พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 47.0 และ 72.1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน (dmft) 2.5 และ 4.6 ซึ่งต่อคน และมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาสูงถึงร้อยละ 46.1 และ 70.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาคภาคเหนือของประเทศไทยพบความชุกของฟันผุในเด็กมีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยพบความชุกของโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนร้อยละ 45.1 และ 70.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 2.2 และ 4.0 ซึ่งต่อคน แต่เมื่อพิจารณาในระดับจังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้ป่วยรายนี้อาศัยอยู่ ข้อมูลจากงานวิจัยในพื้นที่แสดงให้เห็นถึงความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีของจังหวัดพะเยาที่ร้อยละ 50.2 (ประสิทธิ์ วงศ์สุภา และคณะ, 2567) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าของภาคเหนือและระดับประเทศในกลุ่มอายุเดียวกัน สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการให้บริการทันตกรรมที่มีคุณภาพและการดูแลป้องกันในพื้นที่จังหวัดพะเยา

ฟันน้ำนม (primary dentition) แม้จะเป็นฟันชุดแรกที่ขึ้นมาและจะหลุดไปตามธรรมชาติแต่กลับมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและคุณภาพชีวิตในระยะยาว ฟันน้ำนมทำหน้าที่สำคัญในการบดเคี้ยวอาหาร เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านการออกเสียงและภาษา (Rath et al., 2021) มีส่วนสำคัญในการคงสภาพความสวยงามของใบหน้าและรอยยิ้ม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความมั่นใจในตนเองและพัฒนาการทางสังคมของเด็กในวัยที่กำลังเรียนรู้และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากการศึกษาพบว่า กลุ่มเด็ก 3-5 ปีที่มีฟันผุในวัยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life: OHRQoL) ที่แย่กว่ากลุ่มเด็กที่ไม่มีฟันผุ (Singh et al., 2020) นอกจากนี้ฟันน้ำนมยังทำหน้าที่เป็นตัวค้ำยันที่ตามธรรมชาติ เป็นตัวนำทางและรักษาพื้นที่สำหรับฟันแท้ที่กำลังจะขึ้นในขากรรไกรและส่งผลต่อการพัฒนาการเจริญเติบโตของขากรรไกรและใบหน้าของเด็ก (Mouth Healthy, n.d.) การคงอยู่ของฟันน้ำนมจนกว่าฟันแท้จะพร้อมขึ้นมาแทนที่จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยลดความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาทางทันตกรรมที่ซับซ้อนในภายหลังได้

การจัดการปัญหาฟันผุในฟันน้ำนมที่มีความรุนแรงและครอบคลุมหลายซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมพร้อมมูล (comprehensive dental care) ที่มีแนวคิดในการดูแลทันตสุขภาพแบบองค์รวม (holistic approach) เป็นการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยพิจารณาจากปัจจัยแบบปัจเจก แนวคิดนี้ไม่ได้จำกัดอยู่แค่การรักษาโรคเพียงเท่านั้นแต่ยังรวมถึงการคงสภาพ การป้องกัน และการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก โดยพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างรอบด้าน ทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะทันตแพทยศาสตร์ สาขาวิชาทันตกรรมทั่วไป ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน, ม.ป.ป.) และในมุมมองของการรักษาแบบทันตกรรมพร้อมมูลในเด็กยังมุ่งเน้นในเรื่องความร่วมมือร่วมใจของผู้ปกครอง การวางแผนและการสื่อสารที่ชัดเจนกับผู้ปกครองและเด็กในทุกขั้นตอนของการรักษา รวมถึงการจัดการพฤติกรรมของเด็กที่เหมาะสม

กับวัยและบุคลิกภาพจะช่วยลดความวิตกกังวล สร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมความร่วมมือจากเด็ก ช่วยสร้างประสบการณ์เชิงบวกและปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากให้ประสบผลสำเร็จ ตามเป้าหมายที่วางไว้และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรายละเอียดของแผนการรักษาทางทันตกรรม พร้อมมูลในเด็กหญิงอายุ 8 ปี ที่มีปัญหาฟันน้ำนมผุหลายตำแหน่งรวมถึงการจัดการกับฟันที่ต้องได้รับการรักษารากฟันน้ำนมพัลโพโทมี (pulpotomy) ร่วมกับการครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม (Stainless steel crown, SSC) การให้ทันตกรรมป้องกัน ทันตสุขศึกษาและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง รายงานนี้จะแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการรักษาที่ครอบคลุมในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเด็กและสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการผสมผสานระหว่างการวางแผนการรักษา การใช้เทคนิคทางคลินิกที่เหมาะสม และการจัดการปัจจัยด้านพฤติกรรมและความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ทางวิชาการต่อผู้ที่สนใจเพื่อศึกษาและนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยเด็กต่อไป

2. ผลการศึกษา

ผลการศึกษา: รายงานผู้ป่วย มีดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป หญิงไทย อายุ 8 ปี 2 เดือน

2.2 อาการสำคัญ มีอาการปวดฟันบนขวาและล่างซ้าย มาประมาณ 2 วัน ปวดเวลาที่รับประทานอาหารแล้วมีเศษอาหารไปติดที่ฟัน

2.3 ประวัติทางการแพทย์ ปฏิเสธการมีโรคประจำตัวและการแพ้ยา

2.4 บริบทครอบครัวและพื้นที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับพ่อ แม่ ยายและน้องชายอายุ 2 ปี พ่อประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว แม่ประกอบอาชีพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พื้นที่อาศัยอยู่ในตำบลบ่อเบี้ย ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลที่มีการออกให้บริการโดยมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ปีละ 2 ครั้ง ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลเชียงใหม่ 21 กิโลเมตร ผู้ป่วยและผู้ปกครองเดินทางโดยรถจักรยานยนต์เป็นประจำ มีการเดินทางโดยรถยนต์เป็นบางครั้ง ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยตนเองวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนด้วยยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ รับประทานอาหารได้หลากหลาย ชอบรับประทานผัก ผลไม้ แต่ไม่ชอบรับประทานนมกล่องหรือนมจืด รับประทานขนมและลูกอมเป็นบางครั้งเนื่องจากผู้ปกครองกลัวผู้ป่วยจะเกิดฟันผุจึงไม่ได้ซื้อขนมให้รับประทานบ่อย ๆ ผู้ปกครองมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ทั้งปากที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) และได้รับการตรวจฟันที่โรงเรียนเป็นประจำทุกปีมีความเพียงพอยู่แล้วและจะพาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงใหม่เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดฟันเท่านั้น

2.5 ประวัติทางทันตกรรม ผู้ป่วยมีประวัติเคยได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ทั้งปาก อุดฟันซี่ 55, 65, 85 และถอนฟันน้ำนมซี่ 81, 72, 65, 84 ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและที่โรงพยาบาลเชียงใหม่

2.6 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ปกครองให้ประวัติผู้ป่วยเด็กมีอาการปวดฟันที่ฟันกราม น้ำนมบนที่เคยอุดฟันมาก่อน ปวดเวลารับประทานอาหารแล้วมีเศษอาหารติดในรูฟัน หากแปรงออกอาการก็จะดีขึ้น แต่ได้รับประทานอาหารได้น้อยลงและมีอาการงอแงเนื่องจากอาการปวดฟันดังกล่าว

2.7 การตรวจสภาพร่างกาย น้ำหนัก 19.3 กิโลกรัม ส่วนสูง 120.0 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

2.8 การตรวจภายนอกช่องปาก

ผู้ป่วยมีใบหน้าสมมาตร ไม่พบการบวมภายนอกช่องปาก รูปหน้าผู้ป่วยทางด้านหน้าเป็นแบบรูปรี่ ขากรรไกรอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถอ้าปากได้ในระยะปกติ ไม่พบการเบี่ยงเบนขณะอ้าปาก ไม่พบเสียงขณะเคลื่อนไหวขากรรไกร ไม่มีอาการเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อคอกี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ไม่พบอาการบวมหรือกดเจ็บบริเวณหน้าหูและไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตใต้ขากรรไกรล่าง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ลักษณะภายนอกช่องปากของผู้ป่วยใบหน้าด้านตรง

2.9 การตรวจภายในช่องปาก

ผู้ป่วยมีชุดฟันผสม (mixed dentition) ลักษณะการสบฟันพบฟันตัดซี่กลางบน (upper central incisors) ขึ้นมาบางส่วนทั้งสองซี่และมีช่องว่างระหว่างฟัน (diastema) ค่อนข้างกว้าง พบลักษณะการสบเปิด (open bite) เล็กน้อย จัดอยู่ในช่วงระยะลูกเป็ดขี้เหร่ (ugly duckling stage) ไม่พบพยาธิสภาพหรือความผิดปกติใด ๆ ที่กระพุ้งแก้มและเพดานปาก พบคราบจุลินทรีย์ระดับมากสะสมโดยทั่วไปโดยเฉพาะบริเวณคอฟัน พบฟันน้ำนมผุในตำแหน่งด้านประชิดในฟันกรามน้ำนมบนขวาซี่ที่หนึ่ง (54) ฟันกรามน้ำนมบนขวาซี่ที่สอง (55) และฟันกรามน้ำนมล่างขวาซี่ที่สอง (85) พบฟันน้ำนมผุด้านบดเคี้ยวในฟันกรามน้ำนมล่างซ้ายซี่ที่สอง (75) พบฟันน้ำนมผุบริเวณพื้นผิวด้านแก้มในฟันกรามน้ำนมบนซ้ายซี่ที่หนึ่ง (64) และฟันผุใหญ่มีอาการแสดงของภาวะเยื่อโพรงประสาทฟันอักเสบแบบผันกลับได้ในฟันกรามน้ำนมล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (74) และพบฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งมีหลุมร่องฟันลึกและเริ่มมีรอยผุระยะเริ่มต้นซี่ 16, 26, 36 และ 46 แสดงรายละเอียดดังภาพที่ 2 และตารางที่ 1



ภาพที่ 2 ลักษณะภายในช่องปากก่อนการรักษาทางทันตกรรม (A) ภาพขากรรไกรบน
(B) ภาพการสบฟันข้างขวา (C) ภาพการสบฟันหน้าตรง
(D) ภาพการสบฟันข้างซ้าย และ (E) ภาพขากรรไกรล่าง

2.10 การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันตำแหน่งฟันซี่ 54 และ 55 แสดงลักษณะรอยโปร่งรังสี (radiolucency) ที่เกิดจากรอยฟูลีกปรากภูบริเวณด้านประชิดของฟัน บริเวณด้านไกลกลาง (distal) ของฟันซี่ 54 และด้านใกล้กลาง (mesial) ของฟันซี่ 55 ช่องว่างเอ็นยึดปริทันต์ (PDL space) ยังคงปกติอยู่ในเกณฑ์จำกัดซึ่งว่ายังไม่มีการอักเสบเฉียบพลันบริเวณปลายรากฟัน เมื่อพิจารณาผิวกระดูกเบ้าฟัน (lamina dura) พบว่ามีความสมบูรณ์และไม่พบรอยโปร่งรังสีบริเวณปลายรากฟัน (periapical) หรือง่ามรากฟัน (furcation) ซึ่งเป็นสัญญาณของการติดเชื้อที่ลุกลามออกนอกฟัน และสามารถสังเกตเห็นหน่อฟันแท้ของฟันกรามน้อยบนขวาซี่ที่หนึ่ง (14) และฟันกรามน้อยบนขวาซี่ที่สอง (15) ซึ่งกำลังพัฒนาอยู่ได้ แสดงรายละเอียดดังภาพที่ 3(A)

ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันตำแหน่งฟันซี่ 74 และ 75 แสดงฟันซี่ 74 พบรอยโปร่งรังสีของรอยโรคฟันผุบริเวณพื้นผิวด้านไกลของตัวฟันลุกลามเข้าไปประมาณสองในสามส่วนของชั้นเนื้อฟัน (dentin) อาจฟูลีกลงไปที่ส่วนปุ่มประสาทฟันด้านไกล (distal pulp horn) พบผิวกระดูกเบ้าฟันรอบรากฟันยังคงมีความสมบูรณ์ และไม่พบพยาธิสภาพบริเวณง่ามรากฟัน นอกจากนี้ความยาวของรากฟันยังคงเหลืออยู่มากกว่าสองในสามของความยาวรากฟันเดิม ฟันซี่ 75 ตรวจพบรอยโปร่งรังสีบริเวณพื้นผิวด้านบดเคี้ยว (occlusal surface) แต่รอยโรคจำกัดอยู่เพียงแค่ชั้นเคลือบฟัน (enamel) ช่องว่างเอ็นยึดปริทันต์ปกติอยู่ในเกณฑ์จำกัดและไม่พบการสูญเสียกระดูกที่เป็นพยาธิสภาพบริเวณง่ามรากฟันเช่นกัน แสดงรายละเอียดดังภาพที่ 3(B)



ภาพที่ 3 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (A) ตำแหน่งฟันซี่ 54, 55 และ (B) ตำแหน่งฟันซี่ 74, 75

ตารางที่ 1 การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพถ่ายรังสี การวินิจฉัย และแผนการรักษา

Tooth & area	Clinical examination	Radiographic interpretation	Diagnosis	Treatment	Rationale
54 (OD)	Large dental caries with normal soft tissue, history of pain when food retention	Radiolucent area at distal aspect, normal PDL space, Intact lamina dura, having 14 underneath	Dental caries	Composite filling	optimal mechanical strength
55 (OM)	Large dental caries with normal soft tissue, history of pain when food retention	Radiolucent area at mesial aspect, normal PDL space, intact lamina dura, having 15 underneath	Dental caries	Composite filling	optimal mechanical strength
16 (O)	Dental caries at central pit and distal groove with deep pits and fissures	–	Dental caries	Preventive resin restoration	prevent occlusal caries; physical barrier
64 (B)	Dental caries at buccal surface with enamel breakdown	–	Dental caries	GIC Filling	high-risk areas; high Plaque accumulation; fluoride-releasing capability

ตารางที่ 1 การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพถ่ายรังสี การวินิจฉัย และแผนการรักษา (ต่อ)

Tooth & area	Clinical examination	Radiographic interpretation	Diagnosis	Treatment	Rationale
26 (O)	Dental caries at central pit and distal groove with deep pits and fissures	-	Dental caries	Preventive resin restoration	prevent occlusal caries; physical barrier
74 (OD)	Large dental caries maybe expose pulp with normal soft tissue, history of pain when food retention	Radiolucent area involved inner 2/3 of dentin, (maybe involved distal pulp horn) intact lamina dura, doesn't have pathological bone loss in the furcation area	Reversible Pulpitis with normal apical tissue	Pulpotomy +SSC	maintain pulp vitality; provide full coronal coverage to prevent fracture; arch length preservation
75 (O)	Dental caries at central groove	Radiolucent area limiting to enamel, doesn't have pathological bone loss in the furcation area	Dental caries	Composite filling	optimal mechanical strength
36	Sound tooth with deep pits and fissures	-	Sound tooth	Sealant	prevent occlusal caries; physical barrier
85 (M)	Dental caries at mesial surface	-	Dental caries	Composite filling	optimal mechanical strength

ตารางที่ 1 การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพถ่ายรังสี การวินิจฉัย และแผนการรักษา (ต่อ)

Tooth & area	Clinical examination	Radiographic interpretation	Diagnosis	Treatment	Rationale
46 (O)	Dental caries at central groove with deep pits and fissures	-	Dental caries	Preventive resin restoration	prevent occlusal caries; physical barrier

2.11 สรุปผลการตรวจและการวินิจฉัย

- 2.11.1 16(O), 26(O), 46(O), 64(B), 75(O), 85(M), 54(OD), 55(OM) Dental caries
- 2.11.2 74 Reversible pulpitis with normal apical tissue
- 2.11.3 36 Sound tooth with deep pits and fissures

2.12 การวางแผนการรักษาและลำดับขั้นตอนการรักษา

การรักษาแบบทันตกรรมพร้อมมูลเป็นการวางแผนการรักษาเฉพาะบุคคลที่นำปัจจัยแวดล้อมของผู้ป่วยมาพิจารณาอย่างรอบด้าน ทั้งในส่วนของสภาวะโรค สภาวะทางจิตใจ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวาง โดยมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ปกครองและทันตแพทย์ (patient–dentist discussion) สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีรายละเอียดของแผนการรักษาทันตกรรมพร้อมมูล ดังนี้

- 2.12.1 การบูรณะด้วยเรซินเพื่อการป้องกัน (preventive resin restoration) ฟันกรามใหญ่แท้ซี่ 16, 26, 46 และเคลือบหลุมร่องฟันซี่ 36
- 2.12.2 อุดฟันน้ำนมซี่ 54(OD), 55(OM), 64(B), 75(O), 85(M)
- 2.12.3 รักษารากฟันเด็กพัลพ์โทไมซี่ 74 และทำครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม
- 2.12.4 การให้ทันตสุขศึกษาร่วมกับการข้อมลฟันและสอนแปรงฟันแบบปฏิบัติและให้ทันตกรรมป้องกันด้วยการเคลือบฟลูออไรด์วานิชทั้งปาก
- 2.12.5 ติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง

2.13 ลำดับขั้นตอนการรักษา

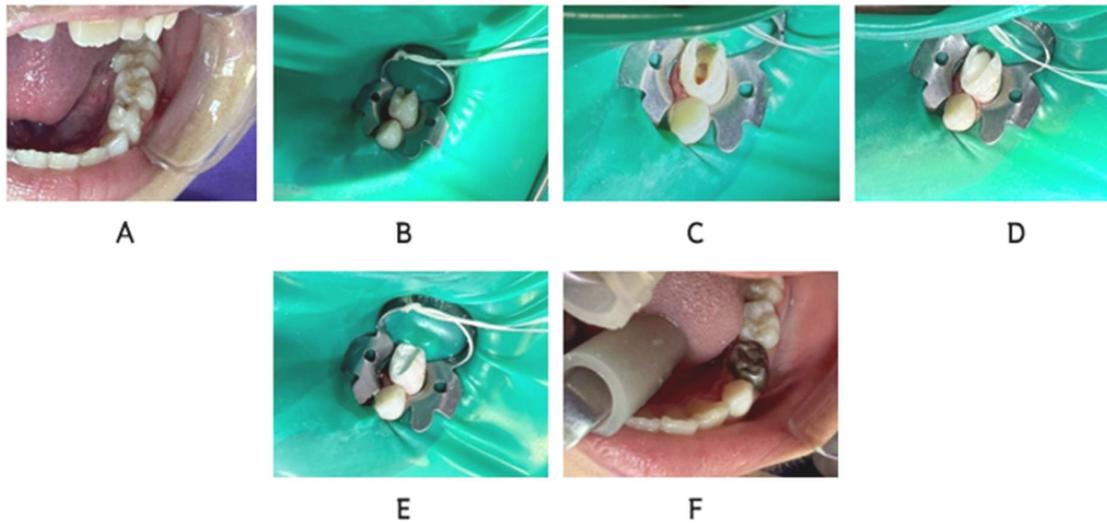
ให้การรักษาโดยเริ่มรักษาอาการนำของผู้ป่วยก่อน เพื่อขจัดอาการปวดและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในครั้งถัดไป โดยทำการรักษาทั้งหมด 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ซักประวัติอาการนำ ประวัติทางการแพทย์และการรักษาในอดีต โรคประจำตัว และอาการแพ้ยาของผู้ป่วย ตรวจภายนอกและภายในช่องปาก ถ่ายภาพรังสีในช่องปากตำแหน่งฟันซี่ 74, 75, 54 และ 55 ด้วยเทคนิคภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก (periapical radiograph) วิวินิจฉัย ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุตามแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและการจัดการ (Guideline on Caries Risk Assessment and Management) ของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สำหรับช่วงอายุ 6-12 (ศิริรักษ์ นครชัย และคณะ, 2566ข) พิจารณาความมีส่วนร่วมและวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ปกครอง ให้ทันตสุขศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการเกิดโรคและการดำเนินโรคฟันผุ และแนะนำการแปรงดูแลทำความสะอาดฟันที่มีอาการนำโดยแปรงเน้นบริเวณซอกฟันที่เศษอาหารติดและแปรงหลังรับประทานอาหาร แนะนำการใช้ไหมขัดฟันเพื่อนำเศษอาหารที่ติดออกมากกว่าการใช้ไม้จิ้มฟัน และจ่ายยาบรรเทาอาการปวดพาราเซตามอล (paracetamol) ขนาด 250 มิลลิกรัม จำนวน 10 เม็ด รับประทานครั้งละครึ่งเม็ด รับประทานซ้ำได้ทุก 4-6 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 ติดตามอาการปวดฟันและการดูแลอนามัยช่องปากจากการสอบถามผู้ป่วยและผู้ปกครองพบว่า อาการปวดฟันดีขึ้น หากไม่มีเศษอาหารไปติดหรือภายหลังการแปรงฟันเอาเศษอาหารออก อาการปวดจะหายไปและปัจจุบันไม่มีอาการปวดฟันแล้ว จึงทำการตรวจช่องปากพบเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ลดลงจากการมองด้วยตาและใช้เครื่องมือตรวจฟัน (explorer) เช็บบริเวณคอฟันหน้าบน ทำการรักษาตามแผนการรักษาโดยการบูรณะด้วยเรซินเพื่อการป้องกันตำแหน่งฟันซี่ 16, 26 และ 46 และเคลือบหลุมร่องฟันตำแหน่งฟันซี่ 36 การอุดฟันน้ำนมบริเวณคอฟันซี่ 64 ด้วยซีเมนต์แก้วไอโอไอโอเมอร์ (glass ionomer cement) เนื่องจากมีขอบของรอยโรคฟันผุที่ใกล้กับขอบเหงือกและพบว่าผู้ป่วยยังจัดการกับคราบจุลินทรีย์ในช่องปากโดยเฉพาะบริเวณใกล้กับคอฟันได้ไม่ดีจึงเลือกใช้วัสดุอุดชนิดที่สามารถปลดปล่อยฟลูออไรด์ได้ในการบูรณะ การอุดฟันผุด้านบดเคี้ยวตำแหน่งฟันซี่ 75 และอุดฟันผุด้านประชิดตำแหน่งฟันซี่ 85, 54 และ 55 โดยใช้วัสดุคอมโพสิตเพื่อความแข็งแรงในการใช้งานบดเคี้ยว

ครั้งที่ 3 ให้การรักษารากฟันเด็กพัลฟ์โพโทมีและบูรณะฟันด้วยครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม ในฟันซี่ 74 มีอาการแสดงของการอักเสบของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันแบบผันกลับได้ เริ่มต้นการรักษาด้วยการพูดคุย อธิบายขั้นตอนการรักษาให้ผู้ปกครองและผู้ป่วยทราบ จากนั้นทำการใส่อุปกรณ์สำหรับห่อตัวเด็ก (papoose board) และใส่เครื่องมือช่วยอำปาก (mouth retractor) ให้แก่ผู้ป่วยผ่านความยินยอมจากผู้ปกครอง ทำการรักษาโดยใช้เทคนิคการจัดการพฤติกรรม เช่น วิธีการอธิบาย แสดง และปฏิบัติจริง การเบี่ยงเบนความสนใจ การเสริมแรงทางบวก เป็นต้น และให้การรักษารากฟันเด็กพัลฟ์โพโทมีและบูรณะด้วยครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิมในฟันซี่ 74 ตามลำดับขั้นตอนดังนี้ มีการระบุตำแหน่งที่จะทำการรักษา และแยกบริเวณด้วยการใส่แผ่นยางกันน้ำลายและฆ่าเชื้อด้วยโพวิโดนไอโอดีนและแอลกอฮอล์ ทำการ

กรอกำจัดรอยผุจนถึงโพรงประสาทฟัน สังเกตสีของเลือดมีลักษณะแดงสดและหยุดได้ด้วยการใช้สำลีชุบน้ำเกลือหมาดกดแสดงถึงการอักเสบของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันแบบผันกลับได้ ทันตแพทย์ทำการตัดเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันออกและใส่สำลีชุบด้วยฟอริโมครีซอลประมาณ 5 นาทีเพื่อให้ยาทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่เหลือ จากนั้นใส่วัสดุอุดฟัน IRM และทำการบูรณะฟันด้วยครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม แสดงรายละเอียดดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการรักษารากฟันพัลพ์โพโทมีด้วยฟอริโมครีซอลในฟันกรามน้ำนมล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (74) (A) ตำแหน่งฟันที่ทำการรักษา (B) การใส่แผ่นยางกันน้ำลายและเตรียมบริเวณ (C) การกำจัดรอยผุและเข้าถึงโพรงประสาทฟัน (D) ตัดเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันส่วนที่อักเสบออก ควบคุมเลือดออกโดยใช้สำลีชุบน้ำเกลือหมาดและใส่สำลีชุบด้วยฟอริโมครีซอลลงในโพรงประสาทฟัน (E) ใส่วัสดุอุดฟัน IRM และ (F) บูรณะฟันด้วยครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม

ทันตแพทย์ให้ทันตสุขศึกษาและแนะนำการแปรงฟันเทคนิคโมดิฟายด์บาส (modified bass technique) โดยวางแปรงสีฟันเฉียงเข้าหาคอฟัน 45 องศา ขยับขนแปรงสั้น ๆ ในแนวหน้า-หลัง 4-5 ครั้ง ตรงรอยต่อระหว่างคอฟันและขอบเหงือก จากนั้นปัดขนแปรงลงในฟันบนและปัดขนแปรงขึ้นในฟันล่าง ขยับแปรงเพื่อแปรงบริเวณที่ติดกันโดยวางขนแปรงคร่อมบริเวณเดิมเล็กน้อย แปรงฟันด้านบดเคี้ยวโดยการถูไปมาบนหน้าตัดฟัน แปรงสั้นโดยการวางแปรงสีฟันตั้งฉากกับลิ้นและปัดออกมาเบา ๆ 4-5 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ความเข้มข้น 1000-1500 ppm เป็นเวลาอย่างน้อย 2 นาที แนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยวิธี 2-2-2 คือ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง นาน 2 นาที และไม่กินอะไรหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง

เทคนิค คือ ให้เด็กเปิดเพลงที่ชอบฟังพร้อมกับการปรองอย่างน้อย 2 นาทีจะช่วยให้ผลิตเพลินและ
ปรองฟันได้นาน

3. ผลการศึกษา อภิปรายผลและสรุปผล

3.1 ผลการศึกษาและการติดตามผล

การติดตามภายหลังกการรักษา 1 เดือน พบว่าวัสดุอุดอยู่ในสภาพดี ไม่หลุดหรือแตก เมื่อใช้
เครื่องมือเขียนตามขอบวัสดุ ผู้ป่วยไม่มีอาการเสียว บริเวณตำแหน่งฟันซี่ 74 ภายหลังกการรักษารากฟัน
เด็กพัลพ์โพโทมีและทำครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิมพบครอบฟันอยู่ในสภาพดี ไม่หลุดหรือขยับ ขอบของ
ครอบฟันแนบกับตัวฟันดี ไม่มีซีเมนต์เกิน ไม่มีเหงือกอักเสบ ฟันไม่มีอาการโยก ไม่พบรูเปิดตุ่มหนอง
และผู้ป่วยไม่มีอาการปวด สามารถใช้งานเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ จากภาพรังสีไม่พบความผิดปกติบริเวณ
รากฟันและบริเวณง่ามรากฟัน ทันตแพทย์สาธิตการปรองฟันและให้ทันตสุขศึกษาโดยการย้อมสีฟัน
ด้วยสารละลายอีริโทรซินและสอนการปรองฟันแบบลงมือปฏิบัติเทคนิคการปรองฟันแบบโมดิฟายด์บาส
พบบริเวณที่มีคราบจุลินทรีย์มาก ได้แก่ ด้านเพดานของฟันหน้าบนและด้านลิ้นของฟันหน้าล่างและฟัน
หลังล่างและบริเวณคอฟัน ทันตแพทย์ทำการปรับวิธีการปรองฟันเพิ่มเติมโดยให้ผู้ป่วยตั้งปรองให้มากขึ้น
สำหรับการปรองบริเวณฟันหน้าบนและล่าง และปรองลักษณะวนปรองในบริเวณคอฟัน การให้คำปรึกษา
ด้านโภชนาการ พบว่า ผู้ป่วยมีพัฒนาการสมวัย น้ำหนักและส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยรับประทาน
อาหารได้หลากหลาย ชอบรับประทานผัก ผลไม้ แต่ไม่ชอบรับประทานนมกล่องหรือนมจืด จึงเสริมความรู้
ด้านโภชนาการอาหารที่เหมาะสมกับช่วงวัย อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารหวานเหนียวติดฟัน
และผลไม้แนะนำกินจำพวกที่มีกากใยและน้ำตาลไม่สูง เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล แนะนำอาหารที่สามารถ
รับประทานเสริมร่วมกับนมจืดได้ เช่น ซีส โยเกิร์ตธรรมชาติ โดยผู้ปกครองสามารถนำซีสปรุงอาหาร
ที่เด็กชอบ เช่น ผักโขมอบซีส มะกะโรนีอบซีส หรือสามารถห่อใส่ไข่เจียวหรือใส่ไข่ตุ๋นได้ และแนะนำให้
รับประทานนมพร้อมมื้ออาหาร ไม่รับประทานนมจุบจิบระหว่างมื้อเพื่อลดโอกาสเกิดโรคฟันผุ

การติดตามภายหลังกการรักษา 3 เดือน 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ
อ้าปากได้ปกติ สามารถเคี้ยวอาหารได้ปกติ ฟันซี่ 74 ที่ได้รับการรักษารากฟันเด็กพัลพ์โพโทมีและทำ
ครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม โม่โยก ไม่มีตุ่มหนอง ครอบฟันอยู่ในสภาพดีไม่หลุดหรือขยับขณะเคี้ยว ผู้ป่วย
ปรองฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ด้วยเทคนิคโมดิฟายด์บาสและลด
การรับประทานลูกอม ไม่รับประทานน้ำอัดลม ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันตำแหน่งฟันซี่ 74 ไม่พบ
ความผิดปกติบริเวณรากฟันน้ำนมและง่ามรากฟัน พบการละลายของรากฟันน้ำนมตามสรีระวิทยาและ
มีหนองฟันแท้ด้านล่าง ทันตแพทย์ให้ทันตสุขศึกษา ย้อมสีฟัน ผูกปรองฟันแบบลงมือปฏิบัติและเคลือบ
ฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกันฟันผุ

การติดตามภายหลังกการรักษา 18 เดือน พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ฟันซี่ที่ได้รับการรักษา
อยู่ในสภาพปกติ ฟันซี่ 74 ที่ได้รับการรักษารากฟันเด็กพัลพ์โพโทมีและทำครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม
ไม่มีอาการปวด โยก หรือมีตุ่มหนอง ครอบฟันอยู่ในสภาพดี ใช้เครื่องมือเขียนตามขอบของครอบฟันไม่พบ

ช่องว่าง ไม่พบการเกิดฟันผุซ้ำ (secondary caries) บริเวณขอบครอบฟัน ผู้ป่วยแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันตำแหน่งฟันซี่ 74 ไม่พบความผิดปกติบริเวณง่ามรากฟัน พบการละลายตัวของรากฟันตามสรีรวิทยามากกว่า 2/3 ของความยาว รากฟันและพบหนองฟันแท้ซี่ 34 ด้านล่าง ทันตแพทย์ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก และทำการเคลือบหลุมร่องฟันซ้ำบริเวณฟันซี่ 16, 36 และเคลือบฟลูออไรด์วานิชทั้งปาก ด้วย 5% โซเดียมฟลูออไรด์ ด้านผลการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยและความร่วมมือของผู้ปกครองพบว่า ผู้ป่วยและผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการรักษาดีมาก มีความสนใจในเทคนิคการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ผู้ป่วยมีความตื่นตัวขณะมีการย้อมสีคราบจุลินทรีย์และกระตือรือร้นในการแปรงเพื่อกำจัดคราบสีออก ผู้ปกครองมีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้เกิดการแปรงฟันในตำแหน่งที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะ ในการดูแลสุขภาพช่องปากจากการฝึกลงมือปฏิบัติซ้ำในแต่ละครั้งที่มีการนัดติดตามผลการรักษาและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและคนในครอบครัว แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

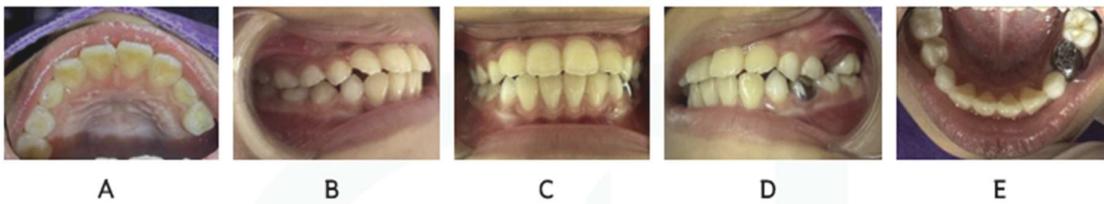
การให้สุขศึกษา ช่องปาก	พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย			ตัวอย่างการ เสริมสร้างพลัง อำนาจ/การ ตัดสินใจร่วมกัน
	ก่อนได้รับสุขศึกษา ช่องปาก	หลังได้รับสุขศึกษา ช่องปาก	การมีส่วนร่วมของ ผู้ปกครอง	
วิธีการแปรงฟัน ที่ถูกต้อง	ผู้ป่วยแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ประมาณ 1 นาที รับประทาน ขนมหลังแปรงฟัน ก่อนนอนเป็นบางครั้ง	ผู้ป่วยแปรงฟัน เป็นประจำวันละ 2 ครั้ง เช้าและ ก่อนนอน นาน 2 นาที ด้วยเทคนิค ที่ได้ฝึกฝน	ผู้ปกครองเรียนรู้ ร่วมกันกับผู้ป่วย ให้กำลังใจและช่วย ผู้ป่วยชี้จุดที่ยังแปรง ได้ไม่สะอาดในทุกครั้งที่ ฝึกปฏิบัติ	การย้อมสีคราบ จุลินทรีย์และแปรงฟัน แบบปฏิบัติเทคนิค โมดิฟายด์บาสและ แปรงฟัน 2-2-2 ร่วมกับเปิดเพลง ที่ชอบฟังขณะ แปรงฟัน
คำแนะนำเกี่ยวกับ การใช้ฟลูออไรด์	ไม่ได้มาเคลือบ ฟลูออไรด์ภายหลัง จากย้ายมาเรียนที่ชั้น ประถมศึกษา	ได้รับการเคลือบ ฟลูออไรด์ทั้งปาก ตามการประเมิน ระดับความเสี่ยง การเกิดฟันผุ	ผู้ปกครองให้ ความสำคัญโดยพา ผู้ป่วยมาตรวจติดตาม ต่อเนื่อง และเคลือบ ฟลูออไรด์วานิช ทุก 6 เดือน	เปิดรูปภาพการดำเนิน โรคของฟันผุให้ ผู้ปกครองและผู้ป่วยดู และเล่าประโยชน์ของ การเคลือบฟลูออไรด์ อย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (ต่อ)

การให้สุขศึกษาช่องปาก	พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย		การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง	ตัวอย่างการเสริมสร้างพลังอำนาจ/การตัดสินใจร่วมกัน
	ก่อนได้รับสุขศึกษาช่องปาก	หลังได้รับสุขศึกษาช่องปาก		
คำแนะนำ	รับประทานอาหารได้	ลดการรับประทาน	ผู้ปกครองกลัวผู้ป่วย	หลีกเลี่ยงอาหาร
ด้านโภชนาการ	หลากหลาย	ลูกอม ไม่ดื่ม น้ำอัดลม	จะเกิดฟันผุจึงไม่ได้ซื้อ	เหนียว แนะนำผลไม้
	ชอบรับประทานผัก	และพยายาม	ขนมให้รับประทาน	ที่มีกากใยและน้ำตาล
	ผลไม้ แต่ไม่ชอบ	รับประทานขนม	บ่อย ๆ ผู้ปกครอง	ไม่สูง เช่น ฝรั่ง
	รับประทานนมกล่อง	พร้อมมืออาหาร	ลองซื้อโยเกิร์ต	แอปเปิ้ล แนะนำ
	หรือนมจืด	รับประทานโยเกิร์ต	ให้ผู้ป่วยรับประทาน	อาหารที่รับประทาน
	รับประทานนมและลูกอมเป็นบางครั้ง	เพิ่มร่วมกับนมจืด		เสริมร่วมกับนมจืด
				เช่น ชีส โยเกิร์ตรสธรรมชาติ นำชีส
				ปรุงอาหารที่เด็กชอบ
				เช่น ผักโขมอบชีส
				หรือทอดใส่ไข่เจียว
				หรือใส่ไข่ตุ๋น
การส่งต่อความรู้ด้านสุขภาพ	ผู้ป่วยไม่ได้สนใจเรื่อง การแปรงฟันหรือ การดื่มนมขวด ของน้องชาย	ผู้ป่วยให้กำลังใจและ ชักชวนน้องชายมารับ บริการและช่วยน้อง แปรงฟันร่วมกับ ผู้ปกครอง	ผู้ปกครองสอบถาม ปริมาณฟลูออไรด์ ในยาสีฟัน ความถี่ ในการมาเคลือบ ฟลูออไรด์วานิช เพื่อพาน้องชายของ ผู้ป่วยมารับบริการ และการเลิกนมขวด	ชื่นชมพี่ที่พาน้องมารับ บริการและให้รางวัล เป็นสติ๊กเกอร์ ทั้งพี่และน้อง



ภาพที่ 5 การให้ทันตสุขศึกษา การย้อมสีฟันและการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ
(A) การย้อมสีอีวีโรซิน (B) ช่องปากภายหลังการฝึกแปรงฟัน
และ (C) การแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ



ภาพที่ 6 ลักษณะภายในช่องปากหลังการรักษาและติดตามผล 18 เดือน
(A) ภาพขากรรไกรบน (B) ภาพการสบฟันข้างขวา
(C) ภาพการสบฟันหน้าตรง (D) ภาพการสบฟันข้างซ้าย
และ (E) ภาพขากรรไกรล่าง



ภาพที่ 7 ภาพรังสีภายหลังการรักษาและติดตามผล 18 เดือน (A) ภาพรังสีรอยปลายรากฟัน
ซี่ 74, 75 (B) ภาพรังสีด้านประชิดของฟันหลังด้านขวา และ (C) ภาพรังสีด้านประชิด
ของฟันหลังด้านซ้าย

3.2 อภิปรายผล

การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลเป็นการบริหารผู้ป่วยอย่างมีเหตุผลและตามความจำเป็น ซึ่งต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นการรักษาที่ยึดตามกรอบแนวคิดแบบองค์รวมและใช้หลักการของการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การดูแลการเยียวยาในทุกมิติ การวางแผนการรักษาจะมองปัจจัยรอบด้านทั้งโรคและสุขภาพช่องปาก สุขภาพร่างกาย สภาวะจิตใจ สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม และพิจารณาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ปกครอง มีการวางแผนการรักษาที่ครอบคลุมในทุกด้านซึ่งต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยอมรับ เข้าใจในแผนการรักษาและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมทั้งส่วนของทันตกรรมเพื่อการรักษา การบูรณะและฟื้นฟู ทันตกรรมป้องกันและการให้ทันตสุขศึกษาด้วย (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะทันตแพทยศาสตร์ สาขาวิชาทันตกรรมทั่วไป ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน, ม.ป.ป.; Wongnavee et al., 2020) ฤกษ์แจสำคัญคือ ความสามารถในการมองและดูแลผู้ป่วยในฐานะมนุษย์แต่ละคนแทนที่จะมุ่งเน้นเฉพาะโรคในช่องปาก นำไปสู่ขั้นตอนการรักษาที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จและผู้ป่วยมีความสุขไปพร้อมกัน (Mansumitchai et al., 2022) สำหรับกรณีศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุ 8 ปีรายนี้ มีชุดฟันผสม ตรวจพบฟันผุหลายตำแหน่ง ทั้งฟันน้ำนมและฟันแท้สอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พบว่าเด็กช่วงอายุ 12 ปีที่เป็นตัวแทนของกลุ่มเด็กวัยเรียนพบความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 49.7 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 1.2 ซึ่ง (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข, 2567) ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย มีการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ปกครองและทันตแพทย์ และผู้ป่วยได้รับการรักษาตามลำดับขั้นตอนจนประสบผลสำเร็จจากการติดตามผลต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 18 เดือน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการให้การรักษานี้ ได้แก่ ความเข้าใจและมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อการมารับบริการของผู้ป่วย (Doğan et al., 2025) ในรายงานผู้ป่วยนี้พบว่าผู้ปกครองมีความสนใจในการตรวจและวางแผนการรักษาร่วมกับทันตแพทย์และให้ความร่วมมือในขั้นตอนการรักษามาก ทันตแพทย์ใช้เทคนิคการจัดการพฤติกรรมและการลดความกังวลของผู้ป่วยด้วยเทคนิคที่หลากหลายและยืดหยุ่น เช่น วิธีการอธิบาย แสดง และปฏิบัติจริง (tell-show-do technique) การเบี่ยงเบนความสนใจ การเสริมแรงทางบวกโดยการชมเชยทันที การให้รางวัลเมื่อหัตถการเสร็จสิ้นและการใช้อุปกรณ์ห่อตัวผู้ป่วย (American Academy of Pediatric Dentistry, 2024a) เป็นต้น ซึ่งปัญหาด้านความวิตกกังวลและความกลัวในการทำฟันจัดเป็นความท้าทายในการให้การรักษาทันตกรรมสำหรับเด็ก การใช้เทคนิคจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสมจะช่วยสร้างการสื่อสารที่ดี บรรเทาความกลัว สร้างทัศนคติที่ดีต่อการมารับการรักษาทันตกรรมและสร้างความไว้วางใจระหว่างทันตแพทย์ ผู้ป่วยและผู้ปกครอง (Shindova & Belcheva, 2021) ผู้ปกครองมีส่วนร่วมทั้งการช่วยสื่อสารกับผู้ป่วย ใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ ผู้ปกครองจะเข้ามาอยู่ในห้องทันตกรรมด้วยทุกครั้งเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยและแสดงออกถึงความเชื่อมั่นในตัวทันตแพทย์ในการรักษาและให้ความร่วมมือในการจัดการพฤติกรรม รวมถึงการช่วยผู้ป่วยดูแลอนามัยช่องปาก อาหารที่รับประทานและพาผู้ป่วยมาตามนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ (Doğan et al., 2025) มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคฟันผุและวางแผนแนวทางการจัดการที่เหมาะสมสำหรับทันตกรรมเพื่อการป้องกัน (ศิริรักษ์ นครชัย

และคณะ, 2566ข) มีการแบ่งจำนวนครั้งในการรักษา เรียงลำดับการรักษาจากเหตุการณ์ที่เป็นอาการนำของผู้ป่วยเพื่อจัดความเจ็บปวดและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ทำหัตถการแต่ละครั้งโดยใช้เวลาที่กระชับและไล่ลำดับหัตถการตามความซับซ้อนเพื่อสร้างความคุ้นเคยต่อการมารับบริการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาการ โดยการอุดฟันด้วยวัสดุคอมโพสิตที่มีความแข็งแรงเพียงพอสำหรับฟันคู่ด้านที่ต้องมีการรับแรงบดเคี้ยว (American Academy of Pediatric Dentistry, 2024b) และวัสดุซีเมนต์แก้วไอโอโนเมอร์ที่สามารถปลดปล่อยฟลูออไรด์ในบริเวณคอฟันซึ่งเป็นวัสดุที่เหมาะสมกับบริเวณควบคุมความชื้นได้ยากและลดการฟันผุซ้ำได้ดี (Ge et al., 2023)

สำหรับฟันกรามน้ำนมล่างซ้ายที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันแบบผันกลับได้ซึ่งวินิจฉัยโดยการซักประวัติจากลักษณะอาการปวดเมื่อมีเศษอาหารติด อาการปวดหายไปไม่นานหลังจากที่เอาเศษอาหารออก ไม่เคยปวดขึ้นมาเอง การตรวจไม่พบเหงือกบวมหรือรูเปิดตุ่มหนองร่วมกับการพิจารณาภาพรังสีรอบปลายรากไม่พบการละลายของกระดูกบริเวณง่ามรากฟัน (Coll et al., 2015; Coll et al., 2020) มีการใส่แผ่นยางกันน้ำลายเพื่อกันบริเวณที่รักษา (Coll et al., 2024) เมื่อมีการกำจัดฟันผุพบจุดทะลุโพรงประสาทฟัน พบลักษณะเลือดมีสีแดงสด สามารถหยุดเลือดด้วยสำลีชุบน้ำเกลือหมาดในระยะเวลาไม่นานจึงพิจารณาเลือกการรักษารากฟันเด็กแบบพัลฟ์โพโทมีแต่เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลชุมชนไม่มีวัสดุมีเนอรัลไตรออกไซด์แอกกรีเกต (Mineral Trioxide Aggregate, MTA) และไบโอเซรามิกส์ (Bioceramics) จึงพิจารณาให้การรักษารากฟันเด็กแบบพัลฟ์โพโทมีด้วยฟอร์โมครีซอล ซึ่งเป็นที่รู้จักแพร่หลายมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1936 ตามการรายงานพบอัตราความสำเร็จอยู่ในช่วงร้อยละ 70 –100 (Issrani et al., 2023) แต่จากการศึกษาต่อมาพบอัตราความสำเร็จที่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับวัสดุที่พัฒนาใหม่ส่งผลให้ความนิยมลดลง (Khan et al., 2016; Sushynski et al., 2012) อย่างไรก็ตามคำแนะนำของสมาคมทันตแพทย์สำหรับเด็กแห่งสหรัฐอเมริกายังคงข้อบ่งชี้สำหรับการรักษารากฟันเด็กแบบพัลฟ์โพโทมีด้วยฟอร์โมครีซอลไว้ด้วยอัตราความสำเร็จร้อยละ 85.6 (Dhar et al., 2017) ภายหลังการรักษารากฟันได้ทำการบูรณะฟันด้วยครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิมที่จัดเป็นวัสดุบูรณะที่มีประสิทธิภาพดี มีรายงานอัตราการอยู่รอดสูงสุดเมื่อเทียบกับการบูรณะด้วยวัสดุชนิดอื่นถึงร้อยละ 96.1 ซึ่งจะช่วยให้ฟันซี่นี้สามารถทำหน้าที่บดเคี้ยวและทำหน้าที่เป็นตัวกันฟันที่ตามธรรมชาติสำหรับการขึ้นของฟันแท้ต่อไป (Seale, 2002)

ในผู้ป่วยรายนี้ยังมีการให้ทันตกรรมป้องกันและส่งเสริมการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามใหญ่แท้ การบูรณะด้วยเรซินเพื่อการป้องกันจะช่วยยับยั้งการเกิดฟันผุที่ด้านบดเคี้ยวของฟัน งานวิจัยพบว่าในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีฟันกรามแท้ขึ้นมาใหม่และยังมีสภาพสมบูรณ์ การใช้สารเคลือบหลุมร่องฟันเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้สามารถลดโอกาสการเกิดฟันผุด้านบดเคี้ยวได้ถึงร้อยละ 76 หลังจากติดตามผลที่ระยะเวลา 2 ถึง 3 ปี (Wright et al., 2016) และการเคลือบฟลูออไรด์วานิชทุก 6 เดือนจะช่วยยับยั้งการเกิดฟันผุบริเวณผิวเรียบของฟันได้ มีรายงานประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุร้อยละ 43 ในฟันแท้ และร้อยละ 37 ในฟันน้ำนม (ศิริรักษ์ นครชัย และคณะ, 2566ก) การย้อมสีคราบจุลินทรีย์ร่วมกับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยเห็นการติดสีย้อมในบริเวณที่ยังแปรงฟันได้ไม่สะอาด มีคราบจุลินทรีย์หลงเหลือ ซึ่งช่วยกระตุ้นความสนใจและความ

กระตือรือร้นในการฝึกแปรงฟันในผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างดี จากการติดตามผลการรักษาต่อเนื่องจนถึง 18 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวด สามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ ฟันที่ได้รับการอุดอยู่ในสภาพดี และฟันซี่ 74 ที่ได้รับการรักษารากฟันเด็กพัลโพโทมีและทำครอบฟันเหล็กกล้าไร้สนิม ครอบฟันอยู่ในสภาพดี ไม่หลุดหรือขยับขณะเคี้ยว ไม่พบการเกิดฟันผุซ้ำ ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันไม่พบความผิดปกติบริเวณง่ามรากฟัน พบการละลายตัวของรากฟันตามสรีรวิทยาและพบหนองฟันแท้ซี่ 34 ด้านล่าง แสดงถึงความสำเร็จทางคลินิกภายหลังการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ นอกจากนี้ผู้ป่วยและผู้ปกครองยังได้รับความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากจากการฝึกลงมือปฏิบัติซ้ำในแต่ละครั้งที่มีการนัดติดตามผลการรักษาและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและคนในครอบครัวซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไปในอนาคต

จากการศึกษารายงานผู้ป่วยนี้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในหลายแง่มุม ได้แก่ การวางแผนรักษาทางทันตกรรมพร้อมมูลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายอาศัยการพิจารณาปัจจัยแวดล้อมของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน วิจัยแยกโรคจากการรวบรวมข้อมูลการซักประวัติ การตรวจทางคลินิกและตรวจทางภาพรังสีอย่างครบถ้วน ให้แผนทางเลือกและข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองทำให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และให้การรักษาตามมาตรฐาน เริ่มการรักษาด้วยหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ใช้เวลาในการรักษาต่อครั้งที่สั้น เลือกว่าวัสดุบูรณะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านวัสดุและเครื่องมือทันตกรรมให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของรอยโรคในช่องปากของผู้ป่วย สิ่งสำคัญในการบริการทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กคือ ความกลัวและความกังวลในการมารับบริการจากประสบการณ์ทำฟันในอดีต สำหรับผู้ป่วยรายนี้การใช้เทคนิคจัดการพฤติกรรมที่มีความหลากหลายและยืดหยุ่นและความไว้วางใจที่ผู้ปกครองมีต่อทันตแพทย์เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้การรักษารากฟัน การให้ทันตกรรมป้องกันและการให้ทันตสุขศึกษารวมทั้งการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดอุบัติการณ์ฟันผุใหม่ ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยและผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง เสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยและเปลี่ยนประสบการณ์การทำฟันที่น่ากลัวให้กลายเป็นกิจกรรมเชิงป้องกันที่ผ่อนคลายส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องอาจพิจารณาดูการติดตามผลด้วยวิธีการ ให้บริการทันตกรรมทางไกล (teledentistry) เป็นการผสมผสานเทคโนโลยีสารสนเทศและงานการแพทย์เข้าด้วยกันในการดูแลสุขภาพช่องปาก สำหรับให้บริการ ให้คำปรึกษา และสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ประชาชน ประกอบด้วย 2 รูปแบบจำแนกตามประเภทของการสื่อสารระหว่างบุคคล ข้อมูลที่สื่อสาร หรือชนิดของสื่อที่ใช้ในการสื่อสาร ได้แก่ การให้บริการแบบ real time (synchronous) คือ การโต้ตอบสองทางระหว่างบุคคล และการให้บริการแบบ store and forward (asynchronous) คือ การส่งข้อมูลสุขภาพที่บ้านที่กวีให้ทันตแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาหรือเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นต้น (นันทวัฒน์ แยมบุตร และคณะ, 2564) การประยุกต์ใช้ทันตกรรมทางไกลในการติดตามการรักษาทันตกรรมในผู้ป่วยเด็ก เช่น การติดตามสภาพวัสดุอุด ติดตามผลภายหลังการรักษารากฟันและใส่ครอบฟัน การใช้งานบดเคี้ยวและ

สภาพของเครื่องมือและการขึ้นของฟันแท้ในช่องปาก การนำเทคโนโลยีทันตกรรมทางไกลเข้ามาช่วยจะลดข้อจำกัดในการติดตามผลการรักษา ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองสะดวกมากขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลและทำให้ทันตแพทย์สามารถติดตามผลได้ทันต่อสถานการณ์ ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ส่งผลดีต่อสุขภาวะทางจิตใจและคุณภาพชีวิตของเด็ก รวมถึงทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการดูแลภายหลังการรักษามากขึ้นได้

3.3 สรุป

การรักษาผู้ป่วยเด็กแบบทันตกรรมพร้อมมูลในรายที่มีฟันผุหลายตำแหน่ง จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยของผู้ป่วยโดยรอบด้านทั้งสภาวะโรคในช่องปาก สภาวะจิตใจ สภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ปกครอง เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมเฉพาะบุคคลและส่งผลให้การรักษาประสบผลสำเร็จได้ การให้ทันตกรรมป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง ตลอดจนการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะและมีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีในระยะยาว

4. เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักทันตสาธารณสุข. (2567). รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. อักษรกราฟิกแอนดดิไซน์.
- นันท์มนัส แยมบุตร, นพวรรณ โพชนุกูล, พูลพฤษ์ โสภารัตน์ และพัชรวรรณ สุขุมาลินท์. (2564). ทันตกรรมทางไกลเพื่อการพัฒนาาระบบบริการทันตสุขภาพ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 44(2), 11–23. <https://thaidj.org/index.php/tjha/article/view/10709>
- ประสิทธิ์ วงศ์สุภา, กิตติศักดิ์ ต้นคุระ และรัตนภรณ์ จันทะมา. (2567). สภาวะทันตสุขภาพก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 25(1), 48–63. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/266622/182211>
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะทันตแพทยศาสตร์, สาขาวิชาทันตกรรมทั่วไป, ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน. (ม.ป.ป.). คู่มือและแนวทางการให้การรักษานักเรียนทันตกรรมพร้อมมูล สำหรับนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ที่ฝึกปฏิบัติงานในคลินิกทันตกรรมพร้อมมูล ประจำปีการศึกษา 2566. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรักษ์ นครชัย, ภัทรวดี สีสาทวีวุฒิ, พิภพ สายแก้ว, นิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา, กัญญรัตน์ คอวนิช, อรุณา อังวรารวงศ์, อ้อยทิพย์ ชาญการคำ, สุพิชชา ตลิ่งจิตร และขวัญชนก อยู่เจริญ. (2566ข). แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ และ การจัดการ. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์, 73(4), 232–249. <https://www.jdat.org/data/upload/Article-187-20231018151724.pdf>

ศิริรักษ์ นครชัย, ฤดี สุรารุทธิ, วรางคณา จิรรัตน์โสภณ, ศิริพร ส่งศิริประดับบุญ, อรณิดา วัฒนรัตน์, พรทิพย์ ผจงวิริยาทร, อ้อยทิพย์ ชาญการคำ, ขวัญชนก อยู่เจริญ, ปิยาภรณ์ พูลธนะสาร, สุบัญญัติ นัยวิกุล, วิไล อริยะวุฒิกุล, ญาดา อนันตวัฒน์ และชญาณทิพย์ ศิริรัฐ. (2566ก). แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในทางทันตกรรม. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์*, 73(2), 92–103.

<https://www.jdat.org/data/upload/file-715-20230518115400.pdf>

American Academy of Pediatric Dentistry. (2024a). Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. In *The Reference Manual of Pediatric Dentistry* (pp. 358–378). American Academy of Pediatric Dentistry.

American Academy of Pediatric Dentistry. (2024b). Pediatric Restorative Dentistry. In *The Reference Manual of Pediatric Dentistry* (pp. 452–465). American Academy of Pediatric Dentistry.

Coll, J. A., Seale, N. S., Vargas, K., Chi, D. L., Marghalani, A. A., & Graham, L. (2015). Protocol for a Systematic Review and Meta-analysis of Vital Pulp Therapy for Children with Deep Caries in the Primary Dentition. *Pediatric Dentistry*, 37(5), 418–421.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26531083/>

Coll, J. A., Vargas, K., Marghalani, A. A., Chen, C.-Y., AlShamali, S., Dhar, V., & Crystal, Y. O. (2020). A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonvital Pulp Therapy for Primary Teeth. *Pediatric Dentistry*, 42(4), 256–461. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32847665/>

Coll, J. A., Dhar, V., Chen, C.-Y., Crystal, Y. O., Guelmann, M., Marghalani, A. A., AlShamali, S., Xu, Z., Glickman, G. N., & Wedeward, R. (2024). Use of Vital Pulp Therapies in Primary Teeth 2024. *Pediatric Dentistry*, 46(1), 13–26.

Mouth Healthy. (n.d.). *Dental Health for Babies and kids*. <https://www.mouthhealthy.org/life-stages/babies-and-kids>.

Dhar, V., Marghalani, A. A., Crystal, Y. O., Kumar, A., Ritwik, P., Tulunoglu, O., & Graham, L. (2017). Use of Vital Pulp Therapies in Primary Teeth with Deep Caries Lesions. *Pediatric Dentistry*, 39(5), 146–159.

Doğan, G. K., Polat, Y., & Özüdoğru, S. (2025). Parental awareness and attitudes towards pediatric dentistry and children's oral health. *BMC Oral Health*, 25, 672.

<https://doi.org/10.1186/s12903-025-06037-8>

Ge, K. X., Quock, R., Chu, C.-H., & Yu, O. Y. (2023). The preventive effect of glass ionomer cement restorations on secondary caries formation: A systematic review and meta-analysis. *Dental Materials*, 39(12), e1–e17. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2023.10.008>

- Issrani, R., Prabhu, N., Bader, A. K., Alfayyadh, A. Y., Alruwaili, K. K., Alanazi, S. H., Ganji, K. K., & Alam, M. K. (2023). Exploring the properties of formocresol in dentistry—a comprehensive review. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, *47*(3), 1–10.
<https://doi.org/10.22514/jocpd.2023.020>
- Khan, J., Housseiny, A. E., & Alamoudi, N. (2016). Mineral Trioxide Aggregate Use in Pediatric Dentistry: A Literature Review. *Journal of Oral Hygiene & Health*, *04*(05).
<https://www.omicsonline.org/peer-reviewed/mineral-trioxide-aggregate-use-in-pediatric-dentistry-a-literature-reviewp-83789.html>
- Mansumitchai, S., Wongnavee, K., Yuma, S., Tantipoj, C., Supa-amornkul, S., & Buranachad, N. (2022). Competencies in comprehensive dental care from advanced general dentists' perspective. *Mahidol Dental Journal*, *42*(2), 145–156. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/mdentjournal/article/view/257474/175967>
- Rath, S., Das, D., Sahoo, S. K., Raj, A., Guddala, N. R., & Rathee, G. (2021). Childhood dental fear in children aged 7–11 years old by using the Children's Fear Survey Schedule–Dental Subscale. *Journal of Medicine and Life*, *14*(1), 45–49. <https://doi.org/10.25122/jml-2020-0084>
- Seale, N. S. (2002). The use of stainless steel crowns. *Pediatric Dentistry*, *24*(5), 501–505.
<https://www.aapd.org/globalassets/media/publications/archives/seale5-02.pdf>
- Shindova, M. P., & Belcheva, A. B. (2021). Dental fear and anxiety in children: A review of the environmental factors. *Folia Medica*, *63*(2), 177–182.
<https://doi.org/10.3897/folmed.63.e54763>
- Singh, N., Dubey, N., Rathore, M., & Pandey, P. (2020). Impact of early childhood caries on quality of life: Child and parent perspectives. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, *10*(2), 83–86. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2020.02.006>
- Sushynski, J. M., Zealand, C. M., Botero, T. M., Boynton, J. R., Majewski, R. F., Shelburne, C. E., & Hu, J. C. (2012). Comparison of gray mineral trioxide aggregate and diluted formocresol in pulpotomized primary molars: A 6- to 24-month observation. *Pediatric Dentistry*, *34*(5), 120–128.
- Wongnavee, K., Tantipoj, C., Yuma, S., & Buranachad, N. (2020). Essence of comprehensive dentistry scrutinized from dental care experience of advanced general dentists. *Mahidol Dental Journal*, *40*(3), 289–298. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/mdentjournal/article/view/246780>

Wright, J. T., Crall, J. J., Fontana, M., Gillette, E. J., Nový, B. B., Dhar, V., Donly, K., Hewlett, E. R., Quinonez, R. B., Chaffin, J., Crespín, M., Iafolla, T., Siegal, M. D., Tampi, M. P., Graham, L., Estrich, C., & Carrasco-Labra, A. (2016). Evidence-based clinical practice guideline for the use of pit-and-fissure sealants: A report of the American Dental Association and the American Academy of Pediatric Dentistry. *The Journal of the American Dental Association*, 147(8), 672–682. [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(16\)30473-1/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(16)30473-1/fulltext)

