

วารสาร

การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุบลราชธานี

Journal of Health Promotion and Environmental Health Research
Health Promotion Centre 8 Udon Thani

ISSN 2985-1696 (Online)



ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2568
Vol. 3 No. 4 October – December 2025

ข้อมูลเกี่ยวกับวารสาร

ภาษาอังกฤษ : Journal of Health Promotion and Environmental Health Research

ภาษาไทย : วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
Online ISSN: 2985-1696

เจ้าของวารสาร : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
582 หมู่ 12 ถ.อุตร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุตรธานี จ.อุตรธานี 41000.
โทรศัพท์ : 0-4212-9587
อีเมล : hpc8journal@gmail.com

วัตถุประสงค์การจัดทำวารสาร

1. เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์หรือนวัตกรรมต่าง ๆ
2. เพื่อเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ทางด้านการวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะคิด ข้อคิดเห็นข่าวสารที่มีคุณภาพและถูกต้อง
3. เพื่อเสริมสร้างความรู้และความก้าวหน้าทางด้านวิชาการ

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารตีพิมพ์บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและสังคมศาสตร์ โดยเปิดรับบทความในสาขาดังต่อไปนี้

- การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการแม่และเด็กปฐมวัย
- การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและวัยรุ่น
- การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
- การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
- สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กลุ่มเป้าหมาย: นักวิชาการ นักวิจัย บุคลากรสาธารณสุข นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป

กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (two - blind review)

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และบทความด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์

ภาษาที่รับตีพิมพ์

ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

กำหนดการตีพิมพ์ (ปรับปรุง)

วารสารตีพิมพ์ 4 ฉบับต่อปี

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - มีนาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนเมษายน - มิถุนายน

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกรกฎาคม - กันยายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือนตุลาคม - ธันวาคม

ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานีทั้งหมดแล้ว

E-mail: hpc8journal@gmail.com และ uttarasak1985@gmail.com

คณะผู้จัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ที่ปรึกษา

นายแพทย์กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
ศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย อติศักดิ์วัฒนา	คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

บรรณาธิการ

ดร. ธนินา	อนุญาตพงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
-----------	------------	-------------------------------------

กองบรรณาธิการ

ดร.นายแพทย์บุญฤทธิ์	สุขรัตน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
นายแพทย์สรณัติ	ลลิตวงศา	สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย
ผศ.ดร.รุ่งตะวัน	ชัยจอหา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
ดร.วรัญญา	จิตรบรรทัด	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
ดร.จรรยาศรี	ชูศักดิ์	คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
ดร.รุ่งกานต์	อินทวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.พีรสม์	เมตตา	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ดร.กมลรัตน์	สังขรัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย
นายสุพจน์	รื่นเรืองกลิ่น	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
นายเรืองยศ	บุญภักดี	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นางสาวศิริพร	ศรีเทวิน	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นางสาวสุนิสา	ใจทั้ง	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นางสาวประทุม	โพธิจินดา	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นางสาววาสนา	คณะวาปี	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวพรพิมล	บุตะลา	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นายยุทธนา	ชนะพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นายอภิชาติ	ศรีอวน	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นางสาวภัทราพร	ชูศรี	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นางสาวกัญญารัตน์	สร้อยมาลัย	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นางสาวภัทรานิษฐ์	นฤวรรณ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นางสาวหนึ่งฤทัย	อุตรลัก	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย
นางสาวสิริญา	นาทองใบ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ดร.กมลรัตน์	สังขรัตน์	ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
นายเรืองยศ	บุญศักดิ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
ดร.สุพัตรา	หนูอินทร์	สำนักงานสาธารณสุขนครพนม
นางจตุพร	แก้วมณี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสุจิตรา	สุนนนอก	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
นางสาวอัญชลี	ภูมิจันทิก	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งตวรรณ	ช้อยจอหอ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
นายวีระพงษ์	เรียบพร	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 อุตรธานี
ดร.นรากร	สารีแท้	โรงพยาบาลอภัยรักษ์ อุตรธานี
ดร.รุ่งกานต์	อินทวงศ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.ภญ.ธัญญ์พิชชา	ศักดิ์ภิรมย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทัศน์	เสียมไหม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ตรัง
เรืออากาศเอกหญิงรมย์ธนิกา	ฝ่ายหมื่นไวย	มหาวิทยาลัยรังสิต
ดร.วรัญญา	จิตรบรรทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุตร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุตรธานี จ.อุตรธานี 41000

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

ก

บทความวิจัย

1. สถานการณ์ระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8	1
 วีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบูลย์	
2. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี	16
 นันทณภัส ชันธีวิทย์	
3. สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563-2567 และการศึกษาความพร้อมรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างก่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี	35
 ปรีชาพล ปึ้งผลพลู, ไอรินลดา วิศิษฐ์พรกุล, ปิติภรณ์ พรหมดวงสี, อีรพล ใจกล้า, สุภานุช บุญสุขมาก, ณัฐนิชา อ่อนคล้าย	
4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8	49
 กัญญารัตน์ สร้อยมาลัย	
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจ ความคาดหวัง แรงจูงใจกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่	68
 ยงยุทธ์ ยังยืน	

บทบรรณาธิการ

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ฉบับนี้ ยังคงมุ่งทำหน้าที่เป็นเวทีวิชาการเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม จากนักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขจากหลากหลายพื้นที่ทั่วประเทศ บทความในฉบับนี้สะท้อนประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อาทิ การจัดการระบบบำบัดน้ำเสียและสิ่งปฏิกูล การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพทั้งกายและจิตใจ การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตลอดจนความสัมพันธ์ของโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภค และพัฒนาการในกลุ่มเด็กและประชาชนในช่วงวัยต่าง ๆ ซึ่งล้วนเป็นประเด็นร่วมสมัยที่มีนัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน

ในวาระส่งท้ายปี พ.ศ. 2568 วารสารฉบับนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยและองค์ความรู้ที่นำเสนอจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เชิงนโยบาย การพัฒนางานประจำ และการต่อยอดงานวิจัยในอนาคต อีกทั้งเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานจากทุกภูมิภาค ในนามกองบรรณาธิการ ขึ้นปีใหม่ ขอสวัสดิ์ปีใหม่ พ.ศ. 2569 ขออำนวยการให้ทุกท่านประสบความสำเร็จ มีสุขภาพกายและใจที่เข้มแข็ง พร้อมร่วมกันขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศให้ก้าวหน้าอย่างยั่งยืนต่อไป



(ดร.ธนิสา อนุญาหงษ์)

บรรณาธิการวารสาร

สถานการณ์ระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8

วิระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพฑูริย์

บทคัดย่อ

การศึกษาสถานการณ์ระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 8 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพและสถานการณ์ระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประเภทโรงพยาบาลกับขนาดของระบบบำบัดน้ำเสีย 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประเภทโรงพยาบาลกับคุณภาพน้ำทิ้ง โดยทำการศึกษาคัดเลือกผ่านวิธีการเฉพาะเจาะจง ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 88 แห่ง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามในระยะเวลาที่กำหนดจำนวน 66 แห่ง ร้อยละ 75.00 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.54) ช่วงอายุ 31-41 ปี ร้อยละ 33.33 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.45 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 71.21 ระบบบำบัดน้ำเสียในเขตสุขภาพที่ 8 ส่วนใหญ่เป็นระบบเอสบีอาร์ (Sequencing Batch Reactor: SBR) ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ยของระบบบำบัดน้ำเสีย 25 ปี ด้านขนาดระบบบำบัดน้ำเสียรองรับปริมาณน้ำทิ้งไม่เพียงพอในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) รวมถึงมีโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (M2) บางแห่ง ประเภทโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัญหามาตรฐานของระบบบำบัดน้ำเสีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำทิ้งพบทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M2, F1, F2 และ F3) พบปัญหาทางกายภาพมากที่สุด คือ ปริมาณของแข็ง ค่าสารที่ละลายได้ทั้งหมด (Total Dissolved Solids: TDS) ประเภทโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัญหาคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบปัญหาด้านผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย

ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 ผู้บริหารมีนโยบายในการพัฒนาและสนับสนุนงบประมาณ โดยบรรจุในแผนค่าของบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปี (พ.ร.บ.) พ.ศ. 2569 - 2570 ทั้งหมด 15 โรงพยาบาล จากจำนวนที่พบปัญหาทั้งหมด 24 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.50 วงเงินนำเข้าแผนงบลงทุน 349,546,900 บาท นับว่าผู้บริหารได้เล็งเห็นความสำคัญของระบบบำบัดน้ำเสียที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับปริมาณน้ำเสียและบำบัดน้ำเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่ไปกับการยกระดับศักยภาพบริการของโรงพยาบาล

สรุปการศึกษานี้ทำให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญในด้านศักยภาพการบำบัดน้ำเสียและการปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านคุณภาพน้ำทิ้งโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งต้องมีการกำหนดนโยบายอย่างเป็นระบบและการลงทุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยงานปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมและการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

คำสำคัญ: ระบบบำบัดน้ำเสีย, โรงพยาบาล, เขตสุขภาพที่ 8

The Situation of Wastewater Treatment System in Hospital, Health Region 8

Weerawat Siriratpaibool

Abstract

This study investigated the Situation of Wastewater Treatment System in Hospital, Health Region 8. A survey research design was employed with three objectives: (1) to examine the status and conditions of hospital wastewater treatment systems, (2) to assess the relationship between hospital types and the capacity of wastewater treatment systems, and (3) to examine the relationship between hospital types and effluent quality. A purposive sampling method was applied to 88 hospitals, and data were collected via questionnaires from July to August 2024. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and group comparisons, were used for data analysis.

Results showed that 66 hospitals responded within the study period. The majority of respondents were male (54.54%), aged 31–41 years (33.33%), held a bachelor's degree (95.45%), and were government officers (71.21%). The main wastewater treatment systems were Sequencing Batch Reactor (SBR) systems (50.00%), with an average system age of 25 years. Most hospitals, including regional and general hospitals (levels A, S, and M1), had insufficient treatment capacity, and some large community hospitals (M2) also faced capacity issues. Hospital type was significantly associated with system capacity problems ($p < .05$). Regarding effluent quality, noncompliance with wastewater standards was observed across all hospital types, with total solids and total dissolved solids (TDS) being the most prevalent issues. Hospital type was significantly related to effluent quality problems ($p < .05$), while no issues were found regarding system operators.

Regarding policy and management, 15 out of 24 hospitals with identified problems (62.50%) had included wastewater system improvement in investment plans for fiscal year 2026–2027, totaling 349,546,900 THB. This reflects administrative recognition of the importance of enhancing treatment efficiency to manage wastewater effectively and support hospital service capacity.

In conclusion, the study highlights key challenges in wastewater treatment capacity and compliance with effluent standards in Health Region 8 hospitals, emphasizing the need for systematic policy implementation and sustained investment to ensure environmental compliance and public health protection.

Keyword: Wastewater Treatment System, Hospital, Health Region 8

M.Eng. (Environmental Engineering) Health Region 8 Udonthani 41000

Received: 3 September 2025

Revised: 22 September 2025

Accepted: 22 September 2025

บทนำ

น้ำเสียจากโรงพยาบาลเป็นปัญหาหนึ่งที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน น้ำเสียส่วนใหญ่มาจากของเสียที่เกิดจากการให้บริการรักษาพยาบาล ทั้งการบริการผู้ป่วยนอก การบริการผู้ป่วยใน การผ่าตัด สารคัดหลั่ง สารเคมี น้ำยาฆ่าเชื้อ การล้างเครื่องมืออุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ รวมถึงน้ำเสียที่เกิดจากการชำระล้างร่างกายจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีเชื้อโรคและสิ่งสกปรกปนเปื้อน หากการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีประสิทธิภาพ เชื้อโรคและสิ่งสกปรกเหล่านั้นอาจแพร่กระจายออกสู่ภายนอกโรงพยาบาลได้ โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องควบคุมคุณภาพน้ำทิ้งให้ผ่านเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด พ.ศ.2548 ที่กำหนดให้แหล่งกำเนิดมลพิษจากโรงพยาบาลต้องบำบัดน้ำเสียให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด โดยโรงพยาบาลที่เข้าข่ายเป็นแหล่งมลพิษ หมายถึง โรงพยาบาลของทางราชการหรือสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ที่มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนรวมกันทุกชั้นของอาคาร ดังนี้ อาคารประเภท ก ตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป และอาคารประเภท ข ตั้งแต่ 10 เตียง แต่ไม่ถึง 30 เตียง ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. เพื่อยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล และระบบบำบัดน้ำเสียเป็นมาตรฐานหนึ่งที่ต้องมีการบริหารจัดการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพด้านสิ่งแวดล้อม ตามมาตรฐาน HA ข้อ II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3) ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ข้อ (1) โรงพยาบาลต้องมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2563) เพื่อให้คุณภาพน้ำทิ้งของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กรมควบคุมมลพิษกำหนด ซึ่งบางโรงพยาบาลจะต้องมีการวางแผนของงบประมาณในการปรับปรุงซ่อมแซมหรือก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียใหม่เพื่อรองรับการบริการที่เพิ่มขึ้นและน้ำเสียที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ซึ่งต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูงในการก่อสร้างและการเขียนแบบ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแบบแปลนมาตรฐานระบบบำบัดน้ำเสียสำหรับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กสำหรับรองรับน้ำเสียขนาด 30-90 ลูกบาศก์เมตร/วัน เพื่อให้โรงพยาบาลนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับ F2 และ F3 โดยกองบริหารการสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำแนวทางการของงบประมาณระบบบำบัดน้ำเสียโดยใช้แบบมาตรฐานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและแจ้งให้หน่วยบริการทราบในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงความต้องการของหน่วยบริการขนาดใหญ่ ปัจจุบันการเพิ่มศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลตาม Service Plan และการปรับเพิ่มจำนวนเตียงในการรองรับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดปริมาณน้ำเสียและสิ่งปฏิกูลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2 และ F1 ซึ่งมีปริมาณผู้มารับบริการที่เพิ่มขึ้นจากการเพิ่มศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาล ทั้งนี้ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก่อสร้างมาพร้อม ๆ กับการก่อตั้งโรงพยาบาล มีการชำรุดไปตามอายุการใช้งาน พบโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีอายุการใช้งานมากกว่าเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 468 แห่ง น้ำเสียที่เข้าระบบมีปริมาณเกินความสามารถในการรองรับน้ำเสีย (Over Load) จำนวน 61 แห่ง ซึ่งปัญหาดังกล่าวนำไปสู่ยุทธศาสตร์การพัฒนาและแก้ไขปัญหาระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและชุมชน ลดมลพิษและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

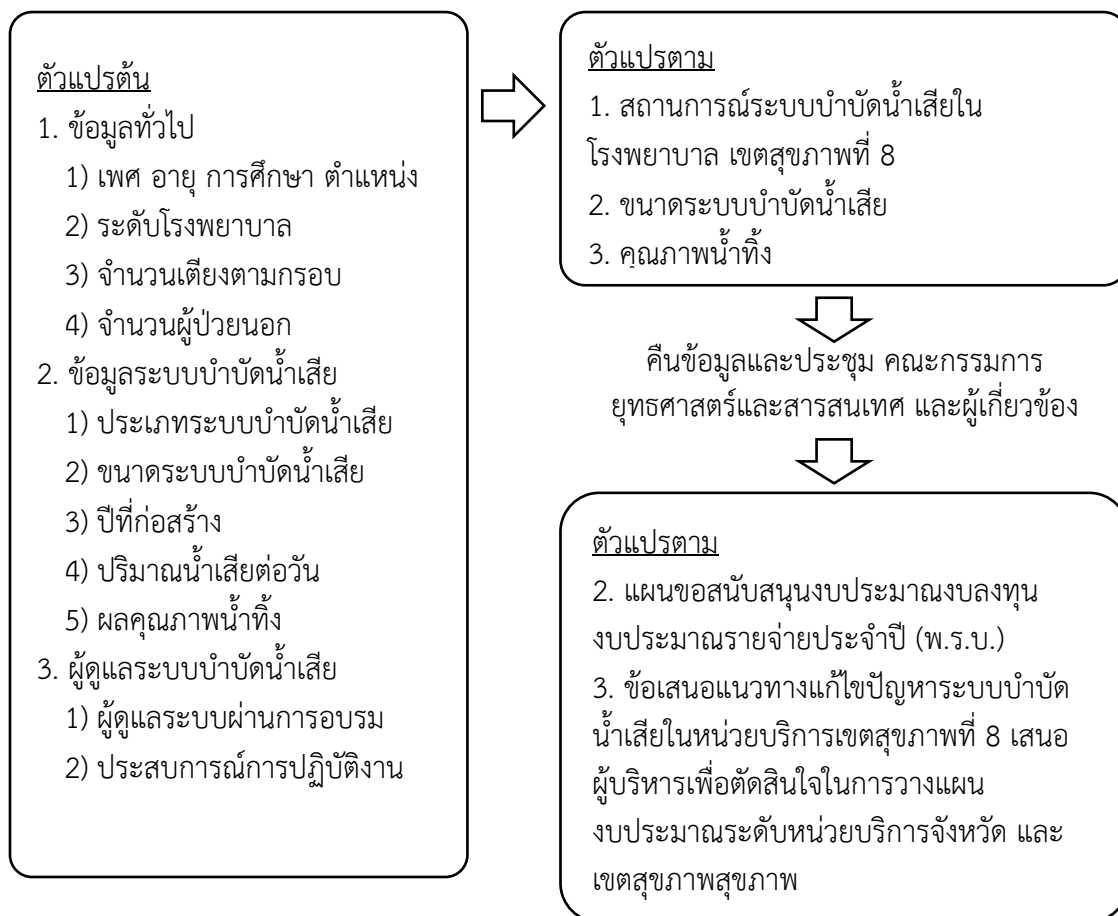
ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบำบัดน้ำเสียในเขตสุขภาพที่ 8 ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสียหรือคุณภาพน้ำทิ้ง เพื่อเสนอแผนแนวทางการแก้ไขปัญหาระดับเขตสุขภาพ และรายงานผู้บริหารสำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการของบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปี (พ.ร.บ.) หรืองบประมาณจากแหล่งอื่น เพื่อพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 8 ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาพและสถานการณ์ปัจจุบันของระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 8
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประเภทโรงพยาบาลกับขนาดของระบบบำบัดน้ำเสีย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประเภทโรงพยาบาลกับคุณภาพน้ำทิ้ง

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยใช้การศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลและระบบบำบัดน้ำเสีย และจัดทำแบบสอบถามเพื่อค้นหาปัญหาระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลที่ต้องพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 8 เสนอคณะกรรมการยุทธศาสตร์และสารสนเทศ เพื่อวางแผนของงบประมาณงบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปี (พ.ร.บ.) และข้อเสนอแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสีย เสนอผู้บริหารเพื่อตัดสินใจในการวางแผนงบประมาณระดับหน่วยบริการ จังหวัด และเขตสุขภาพสุขภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 ดำเนินการวิจัยโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสีย ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล ระบบบำบัดน้ำเสีย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยวิธีวิเคราะห์จากเอกสาร นำข้อมูลที่ได้มาออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 8 แยกตามระดับโรงพยาบาล A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 21 แห่ง จังหวัดสกลนคร จำนวน 18 แห่ง จังหวัดนครพนม จำนวน 12 แห่ง จังหวัดเลย จำนวน 14 แห่ง จังหวัดหนองคาย จำนวน 9 แห่ง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 6 แห่ง และจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 8 แห่ง รวมทั้งสิ้น 88 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 8 โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ที่ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 แห่งละ 1 คน จำนวน 88 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นโรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบสอบถามข้อมูลไม่ครบถ้วน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง ระดับโรงพยาบาล จำนวนเตียง ตามกรอบ จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก ส่วนที่ 2 ข้อมูลระบบบำบัดน้ำเสีย ได้แก่ ประเภทระบบบำบัดน้ำเสีย ขนาดระบบบำบัดน้ำเสีย ปีที่ก่อสร้าง ปริมาณน้ำเสียต่อวัน ผลคุณภาพน้ำทิ้ง และปัญหาที่พบ ส่วนที่ 3 ข้อมูลผู้รับผิดชอบดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ได้แก่ ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียผ่านการอบรมการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียและระยะเวลาประสบการณ์การปฏิบัติงานดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องทางภาษาแล้วนำไปปรับปรุงข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับ ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.80 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ Try Out กับในคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล (ENV) รพ.ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 30 โรงพยาบาล แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาค่าคะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งนี้แบบสอบถามงานวิจัยนี้ ได้ค่าเฉลี่ยความเที่ยง เท่ากับ 0.729

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ เพื่อขอความอนุเคราะห์สำรวจข้อมูลตามแบบสอบถามกับหัวหน้างานหรือผู้รับผิดชอบงานระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล และกำหนดการส่งคืนแบบสอบถามมายังสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ภายในระยะเวลาที่กำหนด ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ครบถ้วนของคำตอบ กรณีที่สมบูรณ์ ครบถ้วน ถือว่าเป็นแบบสอบถามที่ใช้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมาบันทึกในคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และโรงพยาบาล เติงตามกรอบ จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วย นอก ข้อมูลระบบบำบัดน้ำเสีย ได้แก่ ประเภทระบบบำบัดน้ำเสียปัจจุบัน ปีที่ก่อสร้าง ขนาดของระบบบำบัดน้ำเสีย ปริมาณน้ำเสียเข้าระบบต่อวัน คุณภาพน้ำทิ้ง และข้อมูลผู้รับผิดชอบดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงาน และการผ่านการอบรมระบบบำบัดน้ำเสีย รวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลที่พบปัญหาในระบบบำบัดน้ำเสีย ทั้งหมด ตรวจสอบข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และลงพื้นที่สัมภาษณ์ในกรณีที่พบปัญหามากที่สุด จำแนกตามกลุ่มปัญหาที่พบ จัดทำแผนและข้อเสนอแนะทางแก้ไขปัญหาระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 8 เสนอผู้บริหารเพื่อตัดสินใจในการวางแผนงบประมาณระดับหน่วยบริการ จังหวัด และเขตสุขภาพ

การแปลผลปัญหาที่พบ

1. ปริมาณน้ำเสียเกินเกณฑ์ คือ ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสียมากกว่าขนาดของระบบบำบัดน้ำเสียจริง หรือ ปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสียจากการคาดการณ์มากกว่าขนาดของระบบบำบัดน้ำเสียจริง ซึ่งคาดการณ์จาก 1 เติง เกิดปริมาณน้ำเสียประมาณ 800 ลิตรต่อเตียงผู้ป่วย หรือ 0.80 ลูกบาศก์เมตรต่อเตียงผู้ป่วย (คู่มือความรู้เกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสียแบบ AS สำหรับอาคาร กรมควบคุมมลพิษ, 2559)

2. คุณภาพน้ำทิ้งผ่านเกณฑ์ คือ ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งของโรงพยาบาลล่าสุดต้องผ่านเกณฑ์ คุณภาพน้ำทิ้งทุกพารามิเตอร์ตามมาตรฐานควบคุมระบายน้ำทิ้งจากอาคารโรงพยาบาลประเภท ก และ ข จากประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 122 ตอนที่ 125 ง ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2548 ซึ่งมีทั้งหมด 6 พารามิเตอร์ ได้แก่ 1) ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) 2) บีโอดี (BOD) 3) ปริมาณของแข็ง ประกอบด้วย ค่าสารแขวนลอย (SS) ค่าตะกอนหนัก และค่าสารที่ละลายได้ทั้งหมด (TDS) 4) ซัลไฟด์ (Sulfide) 5) ทีเคเอ็น (TKN) 6) น้ำมันและไขมัน หากคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่าน 1 พารามิเตอร์ขึ้นไปจะถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้ง

3. ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย หากไม่ผ่านการอบรมจะถือว่าพบปัญหาด้านบุคลากรที่ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย

4. การจำแนกกลุ่มของปัญหา ได้แก่ 1) กลุ่มด่วนมาก ระบบเกินพิกัด คือ โรงพยาบาลที่พบปัญหาปริมาณน้ำเสียเกินเกณฑ์ (ปริมาณน้ำเสียเข้าระบบจริงและหรือปริมาณน้ำเสียจากการคาดการณ์มากกว่าขนาดระบบบำบัดน้ำเสีย) และคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ รวม 2 ปัญหาขึ้นไป 2) กลุ่มระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีประสิทธิภาพ คือ โรงพยาบาลที่มีผลคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 พารามิเตอร์ขึ้นไปจะถือว่าระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ในรูปแบบจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มโดยใช้ Chi-square test มีค่าความสำคัญทางนัยสถิติที่ $p < .05$ กรณีพบว่าเซลล์ที่มี Expected count น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ให้ใช้ Fisher's Exact Test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP เลขที่โครงการวิจัย 69/2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 8 พบว่าข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 66 แห่งจาก 88 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.00 พบจังหวัดสกลนครและจังหวัดนครพนม ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ร้อยละ 100 จำแนกตามระดับ Service plan พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ A, S และ M1 รวมจำนวน 10 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2, F1, F2, F3 จำนวน 56 แห่ง มีจำนวนเตียงผู้ป่วยมากที่สุดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลระดับ A มีเตียง 907 เตียง โรงพยาบาลระดับ S มีเตียงอยู่ระหว่าง 288-450 เตียง โรงพยาบาลระดับ M1 มีเตียงอยู่ระหว่าง 120-250 เตียง เช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วยนอก พบว่า ระดับโรงพยาบาลระดับ A มีผู้ป่วยนอก จำนวน 1,500 ครั้ง/วัน โรงพยาบาลระดับ S มีผู้ป่วยนอกอยู่ระหว่าง 1,000-1,200 ครั้ง/วัน โรงพยาบาลระดับ M1 มีผู้ป่วยนอกอยู่ระหว่าง 200-1,000 ครั้ง/วัน

ระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ระบบบำบัดน้ำเสียส่วนใหญ่เป็นระบบเอสปีอาร์ (Sequencing Batch Reactor: SBR) ร้อยละ 50.00 รองลงมาระบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ (Activate Sludge: AS), ระบบคลองวนเวียน (Oxidation Ditch: OD), ระบบบ่อสระเติมอากาศ (Aerated Lagoon: AL) ร้อยละ 15.15 ร้อยละ 13.64 และร้อยละ 6.06 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีระบบบำบัดน้ำเสียแบบผสมผสาน ร้อยละ 13.63 และระบบบึงประดิษฐ์ (Constructed Wetland) ร้อยละ 1.51 เมื่อแบ่งตามระดับโรงพยาบาล พบว่า ระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลระดับ A ใช้แบบระบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ (Activate Sludge, AS) โรงพยาบาลระดับ S และ M1 ส่วนใหญ่ใช้ระบบคลองวนเวียน (Oxidation Ditch, OD) ส่วนโรงพยาบาลระดับ M2, F1, F2 และ F3 ส่วนใหญ่ใช้ระบบเอสปีอาร์ (Sequencing Batch Reactor, SBR) รองลงมาระบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ (Activate Sludge, AS) ส่วนระบบบำบัดน้ำเสียแบบผสมผสาน พบในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1, F2 และ F3 การก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า มีการก่อสร้างนานที่สุดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 โดยโรงพยาบาลระดับ A มีการก่อสร้างในปี พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลระดับ S มีการก่อสร้างในช่วงปี พ.ศ. 2517-2566 โรงพยาบาลระดับ M1 มีการก่อสร้างในช่วงปี พ.ศ. 2539-2540 โรงพยาบาลระดับ M2 มีการก่อสร้างในช่วงปี พ.ศ. 2534-2552 โรงพยาบาลระดับ F1 มีการก่อสร้างในช่วงปี พ.ศ. 2534 - 2540 โรงพยาบาลระดับ F2 มีการก่อสร้างในช่วงปี พ.ศ. 2534-2552 และโรงพยาบาลระดับ F3 มีการก่อสร้างในช่วงปี พ.ศ. 2539-2562

ขนาดระบบบำบัดน้ำเสียและปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า โรงพยาบาลระดับ A มีขนาดระบบบำบัดน้ำเสีย 800 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน ปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย 1,100 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โรงพยาบาลระดับ S ขนาดอยู่ระหว่าง 120-1,000 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน มีปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียอยู่ระหว่าง 200-600 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โรงพยาบาลระดับ M1 ขนาดอยู่ระหว่าง 120-1,000 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน มีปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียอยู่ระหว่าง 80-400 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โรงพยาบาลระดับ M2 ขนาดอยู่ระหว่าง 45 - 604 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน มีปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียอยู่ระหว่าง 52 - 300 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โรงพยาบาลระดับ F1 ขนาดอยู่ระหว่าง 60-120 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน มีปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียอยู่ระหว่าง 55-116 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โรงพยาบาลระดับ F2 ขนาดอยู่ระหว่าง 30-700 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน มีปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียอยู่ระหว่าง 10-192 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โรงพยาบาลระดับ F3 ขนาดอยู่ระหว่าง 20-90 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน มีปริมาณน้ำเสียที่เข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียอยู่ระหว่าง 10-40 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน

ด้านคุณภาพน้ำทิ้งระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า น้ำทิ้งผ่านเกณฑ์คุณภาพ 47 แห่ง ร้อยละ 71.22 ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้ง จำนวน 19 แห่ง ร้อยละ 28.78 พบปัญหาโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์

คุณภาพน้ำที่สูงที่สุด คือ โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ 100 รองลงมาโรงพยาบาลระดับ S, M2, M1, F2, F1 และ F3 ร้อยละ 66.67, ร้อยละ 36.36, ร้อยละ 33.33, ร้อยละ 21.21, ร้อยละ 20.00 และร้อยละ 14.29 ตามลำดับ

ด้านผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ทุกโรงพยาบาลมีผู้รับผิดชอบดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย ร้อยละ 100 โรงพยาบาลที่ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียและผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียทุกแห่ง ร้อยละ 100 มีประสบการณ์มากที่สุดในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย 20-22 ปี ในโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2, และ F3 ตามลำดับ และมีประสบการณ์น้อยที่สุด 1 ปี พบในโรงพยาบาลระดับ F1, F2, และ F3 ตามลำดับ ซึ่งไม่พบปัญหาด้านผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย

การศึกษาคาดการณ์ปริมาณน้ำเสียจากจำนวนเตียงและจำนวนผู้ป่วยนอก พบว่า ปริมาณน้ำเสียมากที่สุดในโรงพยาบาลระดับ A ประมาณ 740.60 ลบ.ม.ต่อวัน รองลงมาโรงพยาบาลระดับ S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ประมาณ 294.70, 168.73, 90.96, 62.42, 29.68 และ 22.01 ลบ.ม.ต่อวัน ตามลำดับ ซึ่งระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลแต่ละระดับต้องมีความสามารถรองรับน้ำเสียได้มากกว่าการคาดการณ์

การคาดการณ์ปริมาณน้ำเสียกับขนาดระบบบำบัดและปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า โรงพยาบาลระดับ A มีขนาดระบบบำบัดน้ำเสียกับการคาดการณ์ใกล้เคียงกัน แต่เมื่อเทียบกับปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสียแล้วทำให้ไม่สามารถรองรับปริมาณน้ำเสียได้ โรงพยาบาลระดับ S, M1 และ M2 บางแห่งไม่สามารถรองรับปริมาณน้ำเสียได้ เนื่องจากพบว่า มีขนาดระบบบำบัดน้ำเสียบางแห่งยังมีขนาดเล็กกว่าการคาดการณ์ปริมาณน้ำเสีย ในขณะที่โรงพยาบาลระดับ F1, F2 และ F3 มีความสามารถรองรับปริมาณน้ำเสียได้ จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (A, S, M1) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (M2) จะพบปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่จะรองรับปริมาณน้ำทิ้งที่เข้าสู่ระบบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คาดการณ์ปริมาณน้ำเสียกับขนาดระบบบำบัดและปริมาณน้ำเสียที่เข้าระบบบำบัดน้ำเสีย

ระดับ โรงพยาบาล	จำนวน (รพ.)	ขนาดระบบ บำบัดน้ำเสีย (ลบ.ม.ต่อวัน)	คาดการณ์น้ำเสีย (ลบ.ม.ต่อวัน)	ปริมาณน้ำเสีย ที่เข้าระบบ (ลบ.ม.ต่อวัน)	ความสามารถรองรับ น้ำเสียของ รพ.
A	1	800	740.60	1,100	ไม่เพียงพอ
S	6	120 - 1,000	240 - 381	200 - 600	ไม่เพียงพอบางแห่ง
M1	3	90 - 150	98 - 210	80 - 400	ไม่เพียงพอบางแห่ง
M2	11	45 - 604	51 - 106	52 - 300	ไม่เพียงพอบางแห่ง
F1	5	60 - 120	47 - 76.50	55 - 116	เพียงพอ
F2	33	30 - 700	24.50 - 52	10 - 192	เพียงพอ
F3	7	20 - 90	8.90 - 37	10 - 40	เพียงพอ

หมายเหตุ : คาดการณ์น้ำเสีย 1 เตียง เกิดน้ำเสียประมาณ 800 ลิตร/เตียงผู้ป่วย หรือ 0.80 ลูกบาศก์เมตรต่อเตียงผู้ป่วย (คู่มือความรู้เกี่ยวกับระบบบำบัดน้ำเสียแบบ AS สำหรับอาคาร กรมควบคุมมลพิษ, 2559) ผู้มารับบริการ 1 คน เกิดน้ำเสียประมาณ 10 ลิตร/คน หรือ 0.01 ลูกบาศก์เมตรต่อคน (คู่มือการจัดการน้ำเสียในวัดพระพุทธศาสนา กรมควบคุมมลพิษ, 2562)

การศึกษานากระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (A, S, M1, M2) พบว่า โรงพยาบาลที่ควรมีการพัฒนาปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียเพื่อรองรับปริมาณน้ำทิ้งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งหมด 11 แห่ง โดยแบ่งตามจำนวนปัญหาของโรงพยาบาล ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลที่พบปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอจากการคาดการณ์น้ำเสียที่จะเกิดขึ้น น้ำเสียเข้าระบบจริง และคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลกุมภวาปี โรงพยาบาลโนนพิสัย
- 2) โรงพยาบาลที่พบปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอจากน้ำเสียเข้าระบบจริง และคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ โรงพยาบาลเซกา โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลบ้านผือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
- 3) โรงพยาบาลที่พบปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอจากการคาดการณ์น้ำเสียที่จะเกิดขึ้น 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลวานรนิวาส โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลพังโคน
- 4) โรงพยาบาลที่พบปัญหาคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่ระบบบำบัดน้ำเสียยังรองรับปริมาณน้ำได้จำนวน 13 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลผาขาว โรงพยาบาลเรณูนคร โรงพยาบาลพรเจริญ โรงพยาบาลโนนนาแก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลโนนสัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม โรงพยาบาลหนองแสง และโรงพยาบาลไชยวาน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนโรงพยาบาลที่พบปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียและคุณภาพน้ำทิ้งที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ประเด็นปัญหาที่พบ	จำนวน (รพ.)	โรงพยาบาล
1. ขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอจากการคาดการณ์น้ำเสียที่จะเกิดขึ้น น้ำเสียที่เข้าระบบจริง และคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ (3 ปัญหา)	3	โรงพยาบาลบึงกาฬ โรงพยาบาลกุมภวาปี โรงพยาบาลโนนพิสัย
2. ขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอจากน้ำเสียเข้าระบบจริง และคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ (2 ปัญหา)	5	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ โรงพยาบาลเซกา โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลบ้านผือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
3. ขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอจากการคาดการณ์น้ำเสียที่จะเกิดขึ้น (1 ปัญหา)	3	โรงพยาบาลวานรนิวาส โรงพยาบาลหนองหาน และโรงพยาบาลพังโคน
4. คุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ปัญหาด้านประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย)	13	โรงพยาบาลผาขาว โรงพยาบาลเรณูนคร โรงพยาบาลพรเจริญ โรงพยาบาลโนนนาแก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลโนนสัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โรงพยาบาลวังสามหมอ โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม โรงพยาบาลหนองแสง และโรงพยาบาลไชยวาน

จากตารางที่ 2 การศึกษาโรงพยาบาลที่พบปัญหาระบบบำบัดน้ำเสีย แบ่งปัญหาเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอ ในที่นี้หมายถึงน้ำเสียที่มาจากการคาดการณ์น้ำเสียที่จะเกิดขึ้นและจากน้ำเสียที่เข้าระบบจริง 2) คุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบประเภทโรงพยาบาลกับปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอ และเปรียบเทียบประเภทโรงพยาบาลกับปัญหาคุณภาพน้ำทิ้งที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยรวมโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 เป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (รพศ./รพท.) และโรงพยาบาลระดับ M2, F1, F2 และ F3 เป็นโรงพยาบาลชุมชน

จากการศึกษาเปรียบเทียบประเภทรพพยาบาลกับปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอ พบว่าประเภทรพพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัญหาขนาดของระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (รพศ./รพท.) มีอัตราการพบปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 50.00 เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่มีอัตราการพบปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียไม่เพียงพอร้อยละ 10.71 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบประเภทรพพยาบาลกับปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอจากการคาดการณ์และจากน้ำเสียที่เข้าระบบจริง

ประเภทรพพยาบาล	ไม่พบปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	พบปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	สถิติ	p-value
รพ.ศูนย์/ทั่วไป (รพศ./รพท.) (A, S, M1)	5 (50.00)	5 (50.00)	Fisher's	0.001*
รพ.ชุมชน (รพช.) (M2, F1, F2, F3)	50 (89.28)	6 (10.71)	Exact	
รวม	55 (83.33)	11 (16.66)	Test	

หมายเหตุ *The result is significant at $p < .05$

Pearson Chi-Square = 12.569, $p < 0.001$, 1 cell (25%) has expected count less than 5. The minimum expected count is 1.67

ปัญหาคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่า ปัญหาทางกายภาพ คือ ปริมาณของแข็ง ค่าสารที่ละลายได้ทั้งหมด (Total Dissolved Solids: TDS) ค่าสารแขวนลอย (SS) และค่าตะกอนหนัก พบในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 6 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง การศึกษาเปรียบเทียบประเภทรพพยาบาลกับปัญหาคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่า ประเภทรพพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัญหาคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (รพศ./รพท.) มีอัตราการพบปัญหาคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 60.00 เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่มีอัตราการพบปัญหาคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 23.21 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบประเภทรพพยาบาลกับปัญหาคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์

ประเภทรพพยาบาล	ไม่พบปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	พบปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	สถิติ	p-value
รพ.ศูนย์/ทั่วไป (รพศ./รพท.) (A, S, M1)	4 (40.00)	6 (60.00)	Fisher's	0.012*
รพ.ชุมชน (รพช.) (M2, F1, F2, F3)	43 (76.78)	13 (23.21)	Exact	
รวม	47 (71.21)	19 (28.78)	Test	

หมายเหตุ *The result is significant at $p < .05$

Pearson Chi-Square = 8.006, $p = 0.005$, 1 cell (25%) has expected count less than 5. The minimum expected count is 2.88

2. ผลการคืนข้อมูลและนำเสนอผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 8

ผู้วิจัยประสานกลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ได้คืนข้อมูลโรงพยาบาลที่พบปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสียให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลประกอบการจัดทำแผนขอสนับสนุนงบประมาณขบงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปี (พ.ร.บ.) หรืองบประมาณแหล่งอื่น รวมถึงข้อเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 8 โดยให้โรงพยาบาลตรวจสอบระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล ประกอบกับนักศึกษาได้ลงพื้นที่ตรวจราชการและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงปัญหาระบบบำบัดน้ำเสีย และเสนอผู้บริหารเพื่อตัดสินใจให้นโยบายในการวางแผนของงบประมาณระดับหน่วยบริการ จังหวัด และเขตสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการยุทธศาสตร์และสารสนเทศ เขตสุขภาพที่ 8 ที่มีหน้าที่ในการพิจารณารายการแผนค่าของขบงทุน

ได้มีมติให้นำระบบบำบัดน้ำเสียเข้าบรรจุในแผนค่าของบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปี (พ.ร.บ.) พ.ศ. 2569-2570 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1. กลุ่มด่วนมาก ระบบเกินพิกัด 2. กลุ่มระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีประสิทธิภาพ เป็นกลุ่มที่น้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยมอบให้แต่ละจังหวัดพิจารณาลำดับความสำคัญกับรายการสิ่งก่อสร้างตามความเหมาะสม พบว่า รายการแผนค่าของบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปี (พ.ร.บ.) พ.ศ. 2569-2570 มีหน่วยงานที่ขอสิ่งก่อสร้างรายการระบบบำบัดน้ำเสียใหม่ และได้นำเข้าแผนค่าของบลงทุนทั้งหมด 15 โรงพยาบาล จากจำนวนที่พบปัญหาทั้งหมด 24 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.50 วงเงินนำเข้าแผนงบลงทุน 349,546,900 บาท ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและวงเงินของหน่วยงานที่ขอสิ่งก่อสร้างรายการระบบบำบัดน้ำเสียใหม่

กลุ่ม	จำนวนทั้งหมด (รพ.)	จำนวนที่นำเข้าแผน (รพ.)/(ร้อยละ)	วงเงินนำเข้าแผน (บาท)
1. กลุ่มด่วนมาก ระบบเกินพิกัด	11	6 (54.54)	166,285,900
2. กลุ่มระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีประสิทธิภาพ	13	9 (69.23)	183,261,000
รวม	24	15 (62.50)	349,546,900

จากข้อเสนอแนะในการลงพื้นที่ตรวจสอบการและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงปัญหาระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลระบบ มีความต้องการอยากพัฒนาปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับนโยบายผู้บริหารต้องให้ความสำคัญในแผนการพัฒนาของโรงพยาบาล สนับสนุนงบประมาณ รวมถึงนโยบาย และมุ่งพัฒนาตามแนวทางการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มาตรฐาน HA และ GREEN and CLEAN Hospital นอกจากนั้นยังเสนอให้มีโครงสร้างกลุ่มงานในโรงพยาบาล และการพัฒนาคนด้านองค์ความรู้ ด้านระบบบำบัดน้ำเสียและสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ระบบบำบัดน้ำเสียในเขตสุขภาพที่ 8 ส่วนใหญ่เป็นระบบเอสบีอาร์ (Sequencing Batch Reactor: SBR) ร้อยละ 50.00 เป็นวิธีการบำบัดน้ำเสียด้วยวิธีการทางชีวภาพ (Biological Wastewater Treatment) โดยใช้แบคทีเรียพวกที่ใช้ออกซิเจน (Aerobic Bacteria) เป็นตัวหลักในการย่อยสลายสารอินทรีย์ในน้ำเสีย เช่นเดียวกับระบบแอกทิเวเต็ดสลัดจ์ แต่เป็นประเภทเติมเข้า-ถ่ายออก (Fill-and-Draw Activated Sludge) โดยมีขั้นตอนในการบำบัดน้ำเสียแตกต่างจากระบบตะกอนเร่งแบบอื่นๆ คือ การเติมอากาศ (Aeration) และการตกตะกอน (Sedimentation) พบอายุเฉลี่ยระบบบำบัดน้ำเสีย 25 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของสมภพ สุทัศน์วิริยะ และคณะ (2565) พบว่า โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 ส่วนใหญ่มี 1 ระบบเป็นแบบระบบเอสบีอาร์ (SBR) ร้อยละ 35.77 ด้านขนาดระบบบำบัดน้ำเสียรองรับปริมาณน้ำทิ้งไม่เพียงพอ พบในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (M2) บางแห่ง เมื่อทำการเปรียบเทียบประเภทโรงพยาบาลกับปัญหาขนาดระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า ประเภทโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัญหาขนาดของระบบบำบัดน้ำเสีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ สดใส, บุญนาค แพงชาติ และ ไกรวิชญ์ เรืองฤทธิ์ (2566) ศึกษาประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร 15 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ระบบบำบัดน้ำเสียแบบชีวภาพ (Biological Wastewater Treatment) คือ ระบบบำบัดแบบเอสบีอาร์ (Sequencing Batch Reactor) จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ยระบบบำบัดน้ำเสีย 26 ปี และมีโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ประสบปัญหาระบบบำบัดน้ำเสียที่มีขนาดการออกแบบ (design capacity) ไม่เพียงพอต่อปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นจริง การศึกษาของ กิตติศักดิ์ พิริยะ (2563) พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาการบำบัดน้ำเสียเกินกำลังของระบบเดิม โดยระบบที่ออกแบบไว้สำหรับรองรับน้ำเสียเฉลี่ย 400-500 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน ต้องรับภาระจริงมากกว่า 700 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน ส่งผลให้ค่าความสกปรกของน้ำทิ้ง (BOD, COD) สูงกว่ามาตรฐานกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในทำนองเดียวกัน พิมพ์ชนก นามวงศ์ และคณะ (2565) ศึกษากระบวนการบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า แม้ปริมาณน้ำเสียต่อวันจะน้อยกว่า แต่ปัญหาความไม่

เสถียรของระบบและการขาดการบำรุงรักษามั่วสุม ทำให้ประสิทธิภาพการบำบัดลดลง และไม่สามารถรองรับน้ำเสีย ในช่วงฤดูฝนที่มีปริมาณมากได้ นอกจากนี้ กรมควบคุมมลพิษ (2566) รายงานว่า โรงพยาบาลกว่าร้อยละ 45.00 ทั่วประเทศมีระบบบำบัดที่มีอายุการใช้งานมากกว่า 15 ปี โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีการขยายบริการเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้ปรับปรุงขนาดระบบบำบัดให้สอดคล้องกับปริมาณน้ำเสียที่เพิ่มขึ้น จึงเกิดปัญหาการล้นของบ่อ บำบัด น้ำทิ้งไม่ได้คุณภาพ และการสะสมของตะกอนในระบบ จากข้อมูลการศึกษาจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วยมาก และผู้รับบริการผู้ป่วยนอกจำนวนมาก ประกอบกับการยกระดับศักยภาพระบบบริการในโรงพยาบาล การเปิดหน่วยไตเทียม ส่งผลให้เกิดปริมาณน้ำเสียมาก และกระทบต่อขนาดระบบ บำบัดน้ำเสียที่ไม่เพียงพอต่อการรองรับปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต ด้านคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานน้ำทิ้งพบทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ M2, F1, F2 และ F3) เมื่อทำการเปรียบเทียบประเภทโรงพยาบาลกับปัญหาคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่า ประเภทโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัญหาคุณภาพน้ำทิ้งไม่ผ่านเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลทุกระดับสามารถพบปัญหาน้ำทิ้ง จากข้อมูลการศึกษาพบปริมาณของแข็ง และ ค่าสารที่ละลายได้ทั้งหมด (Total Dissolved Solids: TDS) มากที่สุด จัดอยู่ในกลุ่มของปัญหาทางกายภาพของน้ำเสีย ซึ่งสะท้อนถึงปริมาณ สารอินทรีย์ และอนินทรีย์ที่ละลายในน้ำมีปริมาณเกินค่ามาตรฐานทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของชุดินาถ ทัดจันทร์ และ วิระวรรณ เมืองประทับ (2567) ศึกษาการพัฒนา ระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า น้ำทิ้งมีค่าเกินมาตรฐานในโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พบในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 142 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 17 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 5 แห่ง การศึกษาของบุญญาพร เผ่าพันธุ์, ไกรวิชญ์ เรืองฤทธา และ ธีระศักดิ์ เชื้อคำ จันทร (2566) ศึกษาการบริหารจัดการและพัฒนาประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่งในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ระบบบำบัดน้ำเสียมีระบบระบายและรวบรวมน้ำเสีย ของทุกโรงพยาบาลสามารถใช้การได้ดี ปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการควบคุมระบบบำบัดน้ำเสีย โดยพบว่าค่าสาร ที่ละลายได้ทั้งหมด (Total Dissolved Solids: TDS) ของน้ำทิ้งโรงพยาบาลที่ไม่ผ่าน คือ โรงพยาบาลคำชะอี (1,200 mg/l) และโรงพยาบาลดอนตาล (890 mg/l) ซึ่งสาเหตุการเพิ่มขึ้นมาจากหน่วยฟอกไตที่ปล่อยน้ำทิ้งเข้าระบบบำบัดน้ำเสียรวม ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว TDS โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปที่มีไหลลงน้ำเสียสูงและมี TDS มาก จึงแก้ไขได้ยากและต้องลงทุน เทคโนโลยีสูง ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีปริมาณน้ำเสียต่ำกว่า และ TDS ต่ำกว่า มัก แก้ไขปัญหาได้ง่ายกว่า และสามารถจัดการได้ด้วยเทคโนโลยีแบบประหยัด เช่น ถังตกตะกอน (Settling tank) ระบบบึง ประดิษฐ์ (Constructed wetland) หรือ Activated sludge แบบมาตรฐาน

ด้านผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า โรงพยาบาลมีผู้รับผิดชอบดูแลระบบบำบัด น้ำเสีย ร้อยละ 100 โรงพยาบาลที่ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียและผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียทุกแห่ง ร้อยละ 100 มีประสบการณ์มากที่สุดในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย 20-22 ปี ในโรงพยาบาลระดับ M1, M2, F1, F2, และ F3 ซึ่งไม่พบปัญหาด้านผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย การศึกษาของประโชติ กราบกราน (2557) การศึกษาประสิทธิภาพการ จัดการน้ำเสียในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ดูแลระบบบำบัดน้ำ เสียร้อยละ 73.60 และมีการอบรมด้านการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลร้อยละ 72.57 โรงพยาบาลมีการมอบหมาย นักวิชาการสาธารณสุขเพื่อควบคุมกำกับงานบำบัดน้ำเสียร้อยละ 63.00 และการศึกษาของจิตราธิ์น ดารงค์สอน (2563) ศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียในภาพรวมโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5 ให้ข้อเสนอแนะว่า ในภาพเขต หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มี ความรู้ ความเข้าใจในการควบคุม ดูแลระบบให้เป็นไปตามค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ ส่วนโรงพยาบาลควรบริหารจัดการงาน ระบบบำบัดน้ำเสียอย่างเป็นระบบและมีการกำกับติดตามอย่างเคร่งครัด

จากข้อเสนอแนะในการลงพื้นที่ตรวจราชการและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงปัญหาระบบบำบัดน้ำเสีย พบว่า ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ผู้ดูแลระบบบำบัดน้ำเสียมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลระบบ มีความต้องการอยากพัฒนาปรับปรุง ระบบบำบัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับนโยบายผู้บริหารต้องให้ความสำคัญในแผนการพัฒนาของ

โรงพยาบาล สนับสนุนงบประมาณ รวมถึงนโยบาย และมุ่งพัฒนาตามแนวทางการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มาตรฐาน HA และ GREEN and CLEAN Hospital นอกจากนั้นยังเสนอให้มีโครงสร้างกลุ่มงานในโรงพยาบาล และการพัฒนาคนด้านองค์ความรู้ด้านระบบบำบัดน้ำเสียและสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับบุญฤทธิ์ การุณเมธี (2553) การศึกษาแนวทางการจัดการน้ำเสียแบบติดกับที่ของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30-60 เตียงในจังหวัดกระบี่ พบว่า ปัญหาหลักสำคัญในการจัดการน้ำเสียของโรงพยาบาล มี 2 ประเด็น คือ ปัญหาด้านนโยบายและการจัดการระบบบำบัดน้ำเสีย และผู้ศึกษาได้จัดทำแนวทางการจัดการน้ำเสียสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ที่มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ส่วน ได้แก่ นโยบาย แผนงาน/โครงการ การจัดการน้ำเสีย การประเมินผล และการทบทวนแผนงานโครงการ/นโยบาย และนำแนวทางดังกล่าว มาทดลองใช้กับโรงพยาบาล ข พบว่า หลังการทดลองคุณภาพน้ำทั้งส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้นกระบวนการฆ่าเชื้อ ซึ่งสามารถนำแนวทางการจัดการน้ำเสียไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่นได้

ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญ มีนโยบายในการพัฒนาและสนับสนุนงบประมาณโดยบรรจุในแผนค่าของบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปี (พ.ร.บ.) พ.ศ. 2569 - 2570 ทั้งหมด 15 โรงพยาบาล จากโรงพยาบาลที่พบปัญหา 24 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.50 นับว่าผู้บริหารได้เล็งเห็นความสำคัญของระบบบำบัดน้ำเสียที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาปริมาณน้ำเสียและบำบัดน้ำเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่ไปกับการยกระดับศักยภาพบริการของโรงพยาบาล

บทสรุป การศึกษานี้ทำให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญในด้านศักยภาพการบำบัดน้ำเสียและการปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านคุณภาพน้ำทั้งโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งต้องมีการกำหนดนโยบายอย่างเป็นระบบและการลงทุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมและการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ควรตรวจสอบระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลทุกปี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพ หากพบปัญหาในระบบบำบัดน้ำเสียให้นำเสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อจัดทำแผนพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงและขอ งบประมาณสนับสนุน รวมถึงส่งเสริม สนับสนุนบุคลากรในด้านการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

2) ระดับเขต ควรบูรณาการกับการตรวจราชการกรณีปกติ เพื่อเฝ้าติดตามปัญหาในระบบบำบัดน้ำเสียร่วมกับภาคีเครือข่ายศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้องและรายงานผู้บริหารเพื่อตัดสินใจในการวางแผนของงบประมาณระดับเขตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์ วิชาการที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล โดยการสนับสนุนองค์ความรู้ด้าน วิชาการในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และสนับสนุนด้านงบประมาณในการพัฒนาปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสีย

2) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ร่วมกับ ศูนย์อนามัยที่ 8 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8 และศูนย์วิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี สนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 ด้านองค์ ความรู้ทางวิชาการ ด้านแบบแปลนก่อสร้างที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล การกำกับติดตามประสิทธิภาพระบบ บำบัดน้ำเสียและคุณภาพน้ำทั้งก่อนปล่อยออกสู่ชุมชน

3) คณะกรรมการยุทธศาสตร์และสารสนเทศเขตสุขภาพที่ 8 สนับสนุน ส่งเสริมด้านงบประมาณและให้แนวทาง ในการจัดทำแผนค่าของบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปี (พ.ร.บ.) หรืองบประมาณจากแหล่งอื่น โดยการรวบรวม ตรวจสอบพิจารณาถ่วงน้ำหนักข้อมูลนำเสนอคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อพิจารณาอนุมัติแผนค่าของ งบประมาณ อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะงานวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนารูปแบบการของงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8 โดยหา แนวทางปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการของงบประมาณบลงทุนให้ได้รับการอนุมัติ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. (2558). คู่มือการจัดการน้ำเสียจากอาคารประเภทโรงพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2567, จาก <https://epo10.pcd.go.th/th/information/more/1608>
- กรมควบคุมมลพิษ. (2560). คู่มือระบบบำบัดน้ำเสียชุมชน. สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2567, จาก <https://www.pcd.go.th/publication/4241/>
- กรมควบคุมมลพิษ. (2548). ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา, 122(125 ง), 29 ธันวาคม 2548. สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2567, จาก <https://www.pcd.go.th/laws/4403/>
- กรมควบคุมมลพิษ. (2566). รายงานสถานการณ์น้ำเสียในสถานพยาบาลประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
- กรابرกราน. (2557). การศึกษาประสิทธิภาพการจัดการน้ำเสียในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2567, จาก https://env.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/env/n644_85c30236525a727573db3ab373788655_050258.pdf
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการของบประมาณระบบบำบัดน้ำเสียโดยใช้แบบมาตรฐานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บอริ่ง ทู ปี พับลิชชิง.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาและแก้ไขปัญหาการระบบบำบัดน้ำเสียในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570). สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2567, จาก <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31393>
- กิตติศักดิ์ พิริยะ. (2563). การประเมินประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสิ่งแวดล้อมไทย, 26(3), 45–58.
- ชุตินาถ ทศจันทร์ และวิระวรรณ เมืองประทับ. (2567). การพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2567, จาก https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/7bfm5hghfckcowocs8.pdf
- ดร.ณิ ศิริวิไล, จำลอง โพธิ์บุญ และวิสาชา ภูจินดา. (2555). การจัดการน้ำเสียขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลเมืองแกลง จังหวัดระยอง. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อมและความยั่งยืน, 8(2). สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2567, จาก <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JEM/article/view/27811>
- ทัศนีย์ สดใส, บุญนาค แพงชาติ และไกรวิชญ์ เรืองฤทธิ์. (2566). การศึกษาประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3). สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2567, จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/267790>
- จิตรัตน์ ดำรงค์สอน. (2563). การศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียในภาพรวมโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5. สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2567, จาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20210824105232_1174/20210824105250_1709.pdf
- บุญญาพร เผ่าพันธ์, ไกรวิชญ์ เรืองฤทธิ์ และธีระศักดิ์ เชื้อคำจันทร์. (2566). การบริหารจัดการและพัฒนาประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10, 10(2), กรกฎาคม–ธันวาคม 2565. สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2567, จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal/article/view/1612>

- บุญฤทธิ์ การฤทธิเมธี. (2553). การศึกษาแนวทางการจัดการน้ำเสียแบบติดกับที่ของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30-60 เตียงในจังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประโชติ พิมพ์ชนก นามวงศ์ และคณะ. (2565). ประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลชุมชนและแนวทางการปรับปรุง. วารสารวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม, 17(2), 89-101.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2563). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, จาก https://hpc.go.th/standard/data/ha2018/cat2_3.pdf
- สมภพ สุทัศน์วิริยะ, กนกอร ศรีจันทร์ทงษ์ และทวีชัย ศิริพงษ์สะกะ. (2565). สถานการณ์การดูแลระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8. สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2567, จาก <https://hpc8.anamai.moph.go.th/th/>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566ก). จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามระดับของสถานพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, จาก <https://hdc.moph.go.th/>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566ข). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พ.ศ. 2566. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9221>

ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

นันทน์ภัส ชันธีวิทย

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และเพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการก่อนและหลังการให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 45 คน โดย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูล ทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (Orem's Self-Care Theory) แบบบันทึกอาการโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}$ ก่อน = 3.93, $\bar{X}$ หลัง = 4.93, $p < .001$) โดยเฉพาะด้านการหลีกเลี่ยงสิ่ง กระตุ้น การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการดูแลสุขภาพทั่วไป นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทางจมูก (TNSS) ลดลงจาก 11.26 เหลือ 6.93 คะแนน และระดับความรุนแรงของอาการโดยรวม (VAS) ลดลงจาก 5.31 เหลือ 2.07 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้ คำปรึกษาแบบกลุ่มอยู่ในระดับ “มากที่สุด” ($\bar{X}$ = 4.95, S.D. = 0.21)

โดยสรุป การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ลดความรุนแรงของอาการ และเพิ่มความพึงพอใจต่อการรักษา

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

The Effect of Group Counseling on Self-Care Behaviors among Patients with Allergic Rhinitis at Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province

Nunnapat Khantheewit

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of group counseling on self-care behaviors and to compare the severity of allergic rhinitis symptoms before and after the counseling program. The participants were 45 patients diagnosed with allergic rhinitis who attended the outpatient department of Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province. They were purposively selected based on predetermined inclusion criteria. The study employed a one-group pretest–posttest design. Research instruments consisted of a general information questionnaire, a self-care behavior questionnaire based on Orem’s Self-Care Theory, an allergic rhinitis symptom record form, and a patient satisfaction questionnaire. Data were collected between August and October 2025 and analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that after group counseling, the participants had significantly higher mean scores for overall self-care behaviors than before participating in the program (pre = 3.93, post = 4.93, $p < .001$). Notably, improvements were found in avoiding allergens, taking medications correctly, and maintaining general health behaviors. Moreover, the mean Total Nasal Symptom Score (TNSS) decreased from 11.26 to 6.93, and the mean Visual Analog Scale (VAS) score decreased from 5.31 to 2.07, indicating a significant reduction in symptom severity. The participants’ satisfaction with the group counseling was at the highest level ($\bar{X} = 4.95$, S.D. = 0.21).

In conclusion, group counseling enhanced patients’ knowledge, understanding, and motivation through shared experiences, resulting in continuous behavioral improvement in allergen avoidance, medication adherence, and general self-care.

Keyword: Group counseling, Self-care behavior, Allergic rhinitis, Chronic patients, Health promotion nursing

Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province

Received: 25 November 2025

Revised: 22 December 2025

Accepted: 22 December 2025

บทนำ

โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (Allergic Rhinitis) หรือที่เรียกกันว่า “แพ้อากาศ” คือ ภาวะอักเสบของเยื่อบุโพรงจมูกชนิดหนึ่งที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เนื่องจากการสัมผัสต่อสารก่อภูมิแพ้ในผู้ที่มีความไวต่อสารก่อภูมิแพ้นั้นๆ (มีความจำเพาะในแต่ละบุคคล)แล้วทำปฏิกิริยากับ IgE ชนิดจำเพาะต่อสารก่อภูมิแพ้นั้นๆ แล้วก่อให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุจมูก ทำให้มีอาการต่างๆ ได้แก่ คัดจมูก มีน้ำมูก คันจมูกและจาม (สมาคมโรคภูมิแพ้โรคหืดและวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย, 2559; ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทรและคณะ, 2565) แม้โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้จะไม่ใช่ภาวะที่ทำให้เสียชีวิตโดยตรง แต่มีการศึกษาจำนวนมากทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยที่ยืนยันว่าโรคนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านการนอนหลับ การทำงานหรือการเรียน การเข้าสังคม รวมทั้งด้านอารมณ์และสุขภาพจิต โดย Juniper และ Guyatt GH. (1991) ได้พัฒนาแบบสอบถามเฉพาะโรค Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ) เพื่อใช้วัดผลกระทบดังกล่าวในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยรายงานว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงมากสะท้อนว่าโรคนี้มีความสำคัญทางสาธารณสุขในทุกกลุ่มวัย (ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย, 2565)

จากการศึกษาในเอเชียแปซิฟิก ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ความชุกของโรคเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 37.9 เป็นร้อยละ 50 โดยสาเหตุของโรคภูมิแพ้เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ภาวะทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ความชุกของสารก่อภูมิแพ้ในอากาศมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และประเทศ เช่น ประเทศสวีเดนและแคนาดาพบว่า รังแคแมวเป็นสารก่อภูมิแพ้ที่พบมากที่สุด ขณะที่ประเทศญี่ปุ่นพบว่า เกสรต้นสนญี่ปุ่นเป็นสารก่อภูมิแพ้ที่พบบ่อยที่สุด (สุภา อ่อนแ่ม และคณะ, 2561) สำหรับประเทศไทย การสำรวจในโครงการ International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) พบว่าความชุกของโรคในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นเพิ่มจากร้อยละ 23.7 ในปี พ.ศ. 2518 เป็นร้อยละ 38 ในปี พ.ศ. 2538 แสดงให้เห็นว่าโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา (ปารยะ อาศนะเสน, 2559) โดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีมลพิษทางอากาศสูง นอกจากนี้แนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทยยังย้ำว่าการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้และการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีสำคัญในการควบคุมโรค (สมาคมแพทย์โรคจมูก (ไทย) และคณะ, 2565) ในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งรวมถึงจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานโรคทางเดินหายใจเรื้อรังรวมถึงโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยเชื่อมโยงกับปัญหาฝุ่นละออง คุณภาพอากาศ และรูปแบบการประกอบอาชีพของประชาชนที่มีการสัมผัสสิ่งกระตุ้นสูง เช่น เกษตรกรรมและงานกลางแจ้ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2567) ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกแผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลกุมภวาปี 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 438 รายในปีพ.ศ. 2565, 458 รายในปีพ.ศ. 2566 และ 472 รายในปีพ.ศ. 2567 คิดเป็นร้อยละ 8.6, 9.3 และ 10.1 ของผู้ป่วยทั้งหมดตามลำดับ โดยมากกว่าร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ (re-visit) จากอาการกำเริบ ทั้งนี้จากการประเมินเบื้องต้น พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซ้ำ ได้แก่ การไม่สามารถหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือหยุดยาเมื่ออาการดีขึ้น รวมทั้งขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดอาการเรื้อรังและจำเป็นต้องรับการรักษาซ้ำ (เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ENT โรงพยาบาลกุมภวาปี, 2568)

จากข้อมูลการสำรวจปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก แผนกหูคอจมูก โรงพยาบาลกุมภวาปีในเดือน ตุลาคม 2567–เดือนเมษายน 2568 จำนวน 100 ราย ที่พบว่า 82% ระบุว่ามีปัญหาการนอนหลับ จากอาการคัดจมูก, 68% มีปัญหาในการทำงานหรือลดประสิทธิภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน และ 55% มีอาการทางจิตใจร่วม เช่น หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลียเรื้อรัง แม้โรคนี้จะไม่ใช่วิถีร้ายแรงหรืออันตรายถึงชีวิต แต่หากไม่ได้รับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ไช้ส้ออักเสบเรื้อรัง หูชั้นกลางอักเสบ ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ หรือแม้แต่โรคหอบหืด นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้เฉลี่ยต่อรายต่อปีอยู่ที่ประมาณ 3,500–5,000 บาท/ราย

(ไม่รวมค่ายาในระยะยาว) ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวม ปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีดูแลที่ถูกต้อง, เข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น การหยุดยาทันทีเมื่ออาการดีขึ้น, ไม่มีการติดตามและประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง และ ขาดโอกาสในการพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นที่มีภาวะเดียวกัน (งานผู้ป่วยนอก ENT, 2567)

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) จึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจโรค สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างแรงจูงใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ที่เน้นการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองผ่านความรู้ แรงสนับสนุน และการเสริมพลัง (Orem, 2001) การศึกษารังนี้จึงมุ่งประเมินผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ระหว่างก่อนและหลังการให้คำปรึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น
2. หลังการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีมี ระดับความรุนแรงน้อยลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ซึ่ง ครอบคลุมพฤติกรรมใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care), การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care), และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (Health Deviation Self-Care) ด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์ ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป (เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ) ค้นหาโรคและความเจ็บป่วย (exploring both disease and illness) 2) เข้าใจชีวิตบุคคล (understanding the whole person) 3) หาแนวทางร่วมในการรักษา (finding common ground) 4) ส่งเสริมป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ (incorporating prevention and health promotion) 5) เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี (enhancing the patient-doctor relationship) และ 6) ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (being realistic) โดยทั้ง 6 กระบวนการดูแลนี้ทำให้เกิดการค้นหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งในมุมมองของแพทย์และผู้ป่วยด้วยความเข้าใจต่อความหมายแห่งตัวตนของผู้ป่วย ผ่านการมองโลกด้วยสายตาผู้ป่วยเอง และการสืบค้นหาความผิดปกติจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสม เพื่อสร้างความร่วมมือกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการค้นหาแนวทางการรักษาอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการรักษาและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันต่อไปในอนาคต



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้ รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest–Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ของการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2568 ถึง 31 ตุลาคม 2568 โดยตรวจสอบจากเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติเป็นประชากรทั้งหมด 65 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้:

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (Allergic Rhinitis)
- 2) มีอายุระหว่าง 18–60 ปี
- 3) มี สภาพจิตใจปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า รุนแรง หรือความผิดปกติทางจิตที่มีผลต่อการสื่อสาร
- 4) สามารถ อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
- 5) มีเวลาและสามารถ เข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ได้ครบตามกำหนด
- 6) สมารถเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมอย่างชัดเจน (Informed Consent)

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) อาสาสมัครจะถูกคัดออกจากโครงการหากพบว่ามีคุณสมบัติหรือเหตุการณ์ดังต่อไปนี้:

- 1) มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช หรือมีอาการของโรคทางจิตประสาทที่รบกวนพฤติกรรมหรือการสื่อสาร
- 2) มีโรคเรื้อรังอื่นที่อยู่ในระยะไม่คงที่ (เช่น หอบหืดรุนแรง, โรคหัวใจ, เบาหวานควบคุมไม่ได้)
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนด เกิน 1 ครั้ง หรือขาดการติดต่อเกิน 1 สัปดาห์
- 4) มีเหตุจำเป็นทางส่วนตัว เช่น การย้ายที่อยู่อาศัยในช่วงดำเนินโครงการ
- 5) ถอนตัวจากโครงการด้วยความสมัครใจโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

จากการตรวจสอบคุณสมบัติของประชากรทั้งหมด 65 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า–คัดออกแล้วพบว่าผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้าร่วมการวิจัยจริงจำนวน 55 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect

size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน

ผู้วิจัย จึงได้ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ จำนวน 55 คน เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการทดสอบทางสถิติ และเหมาะสมต่อการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยจัดทำเป็นโปรแกรม 3 ครั้ง (ครั้งละ 60-90 นาที ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) มีเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรค เทคนิคการดูแลตนเอง และกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, การประกอบอาชีพ, ระยะเวลาการเจ็บป่วย, ความถี่ในการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการ และประวัติการรักษาที่ผ่านมา

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวคิด Orem's Self-Care Theory ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (เช่น ฝุ่น ควัน ละอองเกสร)
- 2) ด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์
- 3) ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป (เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ)

โดยรูปแบบแบบสอบถาม มีทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อ (Positive items) และข้อคำถามด้านลบ 4 ข้อ (Negative items) โดยข้อคำถามด้านลบจะต้องกลับคะแนน (reverse scoring) เพื่อให้คะแนนรวมสะท้อนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในเชิงบวกตามแนวคิด Orem's Self-Care Theory

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามด้านบวก (Positive items) ให้คะแนนตามมาตรวัด Likert (Likert, R., 1932) 5 ระดับ ได้แก่ 5 = ปฏิบัติประจำ, 4 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง, 3 = ปฏิบัติบางครั้ง, 2 = ปฏิบัติน้อยมาก และ 1 = ไม่เคยปฏิบัติ ส่วนข้อคำถามด้านลบ (Negative items) จะต้องกลับคะแนน (Reverse score) โดยกำหนดดังนี้คือ ถ้าตอบ 5 ให้ 1 คะแนน, ถ้าตอบ 4 ให้ 2 คะแนน, ถ้าตอบ 3 ให้ 3 คะแนน, ถ้าตอบ 2 ให้ 4 คะแนน และถ้าตอบ 1 ให้ 5 คะแนน โดยมีเกณฑ์แปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็นช่วงคะแนน 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ได้แก่ 4.50-5.00 = พฤติกรรมดีมาก, 3.50-4.49 = ดี, 2.50-3.49 = ปานกลาง, 1.50-2.49 = น้อย และ 1.00-1.49 = น้อยที่สุด

2.3 แบบบันทึกอาการของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ใช้ดัชนี TNSS (Total Nasal Symptom Score) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินอาการทางจมูก 4 อาการ ได้แก่ จาม คัดจมูก คันจมูก และน้ำมูกไหล โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 ตามระดับความรุนแรง (Meltzer et al., 2000) และใช้ VAS (Visual Analogue Scale) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการโดยรวมในช่วง 0-10 ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการประเมินอาการทางคลินิก (Huskisson, 1974)

เกณฑ์ให้คะแนน (TNSS + VAS)

1. TNSS (Total Nasal Symptom Score; 0-12 คะแนน/ครั้ง) ให้ 4 อาการต่อไปนี้ คือ จาม คัดจมูก คันจมูก น้ำมูกไหล ระดับคะแนน 0-3 เกณฑ์การให้คะแนนคือ 0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = รุนแรง

2. อาการทางตา (คะแนนเสริม 0–3) ได้แก่ อาการ คัน/แสบ/น้ำตาไหล (ไม่รวมใน TNSS แต่บันทึกประกอบ)

3. Visual Analogue Scale (VAS) ระดับความรุนแรงของอาการโดยรวม โดยมีระดับคะแนน 0–10 โดย 0 = ไม่รบกวนเลย, 10 = รบกวนมากที่สุด

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้โรงพยาบาลกุมภวาปี ต่อการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความพึงพอใจและแปลผล ตามแนวทางการแปลผลคะแนนจากบุญชม ศรีสะอาด (2560) และทิสนา แคมมณี (2561) โดยอาศัยแนวคิดมาตร Likert ตาม Likert (1932) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50–2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50–3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50–4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50–5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์หูคอจมูก 1 ท่าน, พยาบาลวิชาชีพแผนกหูคอจมูก 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ทำการประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละข้อ โดยใช้แบบประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบแยกตามชุดเครื่องมือดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้รับค่า IOC อยู่ในช่วง 0.80–1.00 ซึ่งอยู่ในระดับดี เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในงานวิจัย

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (20 ข้อ) พัฒนาตามแนวคิด Orem's Self-Care Theory ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67–1.00 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และเพียงพอต่อการนำไปใช้วัดพฤติกรรม

1.3 แบบบันทึกอาการ TNSS + VAS แบบบันทึกอาการทางจมูก (TNSS) และระดับความรุนแรงของอาการรวม (VAS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานทางคลินิกที่ได้รับการใช้แพร่หลาย ผลการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญพบค่า IOC อยู่ในช่วง 0.80 – 1.00 แสดงว่าแบบฟอร์มมีความเหมาะสมในการประเมินอาการของผู้ป่วย

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย และดำเนินการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.86 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในและมีความเชื่อมั่นในระดับดีมาก เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในงานวิจัย ส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ไม่ใช้มาตรวัดเชิงพฤติกรรม จึง ไม่ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบ Cronbach's Alpha และ แบบบันทึกอาการ TNSS + VAS เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการรับรองในงานวิจัยต่างประเทศ จึงไม่ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นใหม่ แต่ใช้งานตามค่าความเชื่อมั่นต้นแบบ ได้แก่ TNSS มีรายงานความเชื่อมั่นในระดับดีจาก Meltzer et al. (2000) และ VAS เป็นมาตรวัดอาการที่มีความเชื่อถือสูงในงานคลินิก (Huskisson, 1974) ดังนั้น เครื่องมือทั้งสองชุดจึงถือว่ามีความเชื่อถือได้เหมาะสมต่อการนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง (Pre-experiment Phase)

1.1 ประชาสัมพันธ์และรับสมัครอาสาสมัคร

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการผ่านแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกุมภวาปี พร้อมแจกเอกสารแนะนำโครงการแก่ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ที่มารับบริการ

1.2 การคัดกรองผู้เข้าร่วม

ใช้แบบฟอร์มคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก เพื่อประเมินคุณสมบัติเบื้องต้น เช่น อายุ สุขภาพจิต ความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม และลงนามในใบยินยอม (Informed Consent)

1.3 เก็บข้อมูลเบื้องต้น (Pretest)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมในมนุษย์ ได้แก่ การไม่ระบุชื่อในแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมจึงได้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Orem's Self-Care Theory เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Pretest)

2. ขั้นตอนทดลอง

ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) โดยจัดกิจกรรมคำปรึกษาแบบกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง ซึ่งการออกแบบโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งนี้ได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนากิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ เข้าใจ วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการดูแลตนเองได้อย่างเป็นระบบ โดยเชื่อมโยงกับ 6 กระบวนการตามทฤษฎี ได้แก่ การประเมินความต้องการการดูแลตนเอง การวินิจฉัยความบกพร่อง การกำหนดเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล ดังนี้

1) ครั้งที่ 1 มุ่งเน้นกระบวนการประเมิน (Assessing) และวินิจฉัยความบกพร่อง (Diagnosing) ผ่านกิจกรรมสำรวจอาการ ปัจจัยกระตุ้น พฤติกรรมเดิม และการค้นหา Self-care deficit ของผู้ป่วย

2) ครั้งที่ 2 เน้นการกำหนดเป้าหมาย (Goal Setting) และการวางแผน (Planning) โดยให้ผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแลสุขภาพในรูปแบบของ Self-care Plan

3) ครั้งที่ 3 มุ่งเน้นการปฏิบัติ (Implementing) และการประเมินผล (Evaluating) โดยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสะท้อนผลของพฤติกรรม เพื่อพัฒนาการและตั้งเป้าหมายต่อเนื่อง

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงครอบคลุมทั้ง 6 กระบวนการของโอเร็มอย่างครบถ้วน ทำให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพโดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling Program) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม / วัตถุประสงค์	เนื้อหา/เทคนิคการดำเนินกิจกรรม	กิจกรรม	ทฤษฎี Orem (6 กระบวนการ)
1	หัวข้อกิจกรรม ทำความเข้าใจ โรคจมูกอักเสบ ภูมิแพ้ วัตถุประสงค์: - เพื่อให้ ผู้เข้าร่วมเข้าใจ เกี่ยวกับลักษณะ อาการ สาเหตุ และปัจจัยกระตุ้น ของโรค - ลดความเข้าใจ ผิดเกี่ยวกับโรค	เนื้อหา - ความหมายของโรคจมูกอักเสบ ภูมิแพ้ - ปัจจัยกระตุ้น : ไรฝุ่น เกสร ฝุ่น ละออง ขนสัตว์ อากาศเย็น ฯลฯ - อาการของโรค : จาม คัดจมูก น้ำมูกไหล คันจมูก คันตา - ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ไซนัสอักเสบ นอนไม่หลับ สมาธิ ลดลง เทคนิคการดำเนินกิจกรรม - บรรยายประกอบภาพ/วิดีโอสั้น - การสนทนากลุ่ม (Group Discussion)	1. กิจกรรม "รู้จักโรคให้มากขึ้น" - แจกแผ่นภาพการทำงานของระบบ ภูมิคุ้มกัน - ให้ผู้เข้าร่วมวงกลมคำที่ตนเองเคย พบ เช่น "คันจมูก" "น้ำมูกไหล" 2. ถาม-ตอบประสบการณ์: - "เคยสังเกตไหมว่าเวลาไหนคุณมี อาการมากที่สุด?" - "มีใครเคยเข้าใจผิดว่าโรคนี้ติดต่อได้ บ้าง?" 3. Mini Quiz ปลายกิจกรรม - คำถามตัวเลือกเกี่ยวกับอาการและ ปัจจัยกระตุ้น	1) Assessing: สำรวจอาการและ พฤติกรรม 2) Diagnosing: ค้นหา Self-care deficit และปัญหา ที่ผู้ป่วยยังทำไม่ได้
2	หัวข้อกิจกรรม แนวทางการดูแล ตนเอง วัตถุประสงค์ - ส่งเสริมการ ปรับพฤติกรรม หลีกเลี่ยงสิ่ง กระตุ้น - ใช้ยารักษาอย่าง ถูกวิธี และ สม่ำเสมอ	เนื้อหา - การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ - การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น การห่มที่นอน ใช้ผ้าปูกันฝุ่น - วิธีใช้ยา: สเปรย์พ่นจมูก ยาต้านฮีสตา มีน ยาลดอาการ - การติดตามผลการรักษา: บันทึก อาการ-ยาที่ใช้ เทคนิคการดำเนินกิจกรรม - Brainstorm หาวิธีดูแลตนเองจาก ประสบการณ์ - วิเคราะห์กรณีศึกษา (Case Study)	1. กิจกรรม "บ้านปลอดภูมิแพ้" - แจกภาพจำลองห้องนอน/ ห้องนั่งเล่น - ให้ผู้เข้าร่วมวงกลมสิ่งที่ควรกำจัด เช่น พรม ของเล่นผ้า 2. แบบฝึกปฏิบัติ "อ่านฉลากยา" - ให้ผู้เข้าร่วมจับคู่ยา-อาการที่ใช้รักษา - ตัวอย่างฉลากยาและขวดสเปรย์ ปลอม 3. Case Study: - "คุณเอกมีอาการจามทุกเช้าในหน้า หนาว และชอบเปิดหน้าต่าง" - ถาม: คุณคิดว่าอะไรคือสาเหตุ? ควร ปรับพฤติกรรมอย่างไร? 4. Check-list รายวัน - ให้ผู้ร่วมกิจกรรมทำตารางบันทึก 7 วัน ของพฤติกรรมดูแลตนเอง เช่น - ใช้ยาสม่ำเสมอไหม - เปิดเครื่องฟอกอากาศหรือไม่	3) Goal Setting: ตั้งเป้าหมายการ ดูแลตนเอง 4) Planning: เขียน Self-care Plan และเลือก พฤติกรรมที่ เหมาะสม
3	หัวข้อกิจกรรม แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และทบทวน	เนื้อหา - การปรับพฤติกรรมตนเองใน ชีวิตประจำวัน	1. กิจกรรม "ฉันเปลี่ยนไปอย่างไร?" - ให้ผู้ร่วมแต่ละคนเขียนสิ่งที่ เปลี่ยนแปลงภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	5) Implementing: ฝึกปฏิบัติและปรับ พฤติกรรมจริง

ครั้งที่	หัวข้อกิจกรรม / วัตถุประสงค์	เนื้อหา/เทคนิคการดำเนินกิจกรรม	กิจกรรม	ทฤษฎี Orem (6 กระบวนการ)
	พฤติกรรม สุขภาพ วัตถุประสงค์ - ให้ผู้เข้าร่วม สะท้อนการ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมตนเอง - สร้างแรงเสริม ในการดำเนิน พฤติกรรม สุขภาพต่อเนื่อง	- การให้กำลังใจตนเอง / การ ตั้งเป้าหมายระยะยาว - บทเรียนจากความผิดพลาดในการ ดูแลตนเอง เทคนิคการดำเนินกิจกรรม - การพูดคุยแลกเปลี่ยน (Sharing + Reflection) - การแสดงบทบาทสมมติ (Role Play)	- แลกเปลี่ยนเป็นวงกลม กลุ่มละ 3 คน 2. Role Play: - “สถานการณ์: ลืมพ่นสเปรย์ก่อน นอน” → จะแก้ไขอย่างไร - “แม่บ้านเจอฝุ่นในห้องนอนลูก” - ควรพูดกับสมาชิกในบ้านยังไงให้ ร่วมมือกัน 3. กิจกรรมเขียน "จดหมายถึงตัวเอง" - เขียนข้อความให้กำลังใจตนเอง - เก็บไว้เปิดอ่านในอีก 1 เดือน ข้างหน้า 4. สรุปกิจกรรมแบบภาพรวม (Reflection Wheel): - ให้ผู้เข้าร่วมให้คะแนนตนเองจาก 1- 5 ในแต่ละพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น หลีกเลี่ยงฝุ่น ใช้อายอย่างสม่ำเสมอ และ บันทึกอาการ	6) Evaluating: Reflection, ประเมินตนเอง, ตรวจ ความก้าวหน้า

*** ระยะเวลา: แต่ละครั้งใช้เวลา ครั้งละ 60-90 นาที

ความถี่: จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน 3 สัปดาห์

ดำเนินการโดย: พยาบาลวิชาชีพแผนกโสต สอ นาสิก

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ แบบ
บันทึกอาการของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ และ แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคจมูก
อักเสบภูมิแพ้ระหว่างก่อนและหลังการ ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้สถิติ Dependent t-test ทดสอบการแจกแจง
ปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (p-value = .232 และ .316)
ตามลำดับ

3. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลกุมภวาปี เลขที่ KPEC 41 / 2568 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม
2568 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อ และข้อมูล
เกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มี
การระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัย
ในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน
ภายหลัง จากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการศึกษา

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเพศชายมีจำนวน 23 คน และเพศหญิง 22 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (ต่างกัน 1 คน) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45–59 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.44 การประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามกลุ่มการทำงานที่ลักษณะใกล้เคียงกัน พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร/ ทำสวน/ทำนา/ปศุสัตว์ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาได้แก่ กลุ่มพ่อค้าแม่ค้า/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 24.44 และ ครู/พนักงานสำนักงาน/พยาบาล จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 17.78 ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เจ็บป่วยมากกว่า 3 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาได้แก่ 1–3 ปี, 6 เดือน–1 ปี และ น้อยกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.33, 24.44 และ 6.67 ตามลำดับ ข้อมูลความถี่ในการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เป็นประจำทุกวัน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 71.11 รองลงมาใช้เมื่อมีอาการ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89 ส่วนประวัติการรักษาที่ผ่านมา พบว่า ทุกคนเคยไปพบแพทย์เฉพาะทางหู คอ จมูก คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนความต่อเนื่องในการรักษาพบว่า ส่วนใหญ่รับการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.22 และ ส่วนน้อยที่รักษาเมื่อมีอาการ มีจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.78 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนทั้งหมด 45 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	23	51.11
- หญิง	22	48.89
อายุ		
- 18-29 ปี	9	20.00
- 30-44 ปี	10	22.22
- 45-59 ปี	15	33.33
- มากกว่า 60 ปี	11	24.45
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษาปีที่ 4	2	4.44
- ประถมศึกษาปีที่ 6	9	20.00
- ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	12	26.67
- ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	15	33.33
- ปริญญาตรี	7	15.56
การประกอบอาชีพ		
- เกษตรกร/ทำสวน/ทำนา/ปศุสัตว์ (เสียงสูง)	18	40.00
- คนงานโรงงาน/ก่อสร้าง/ช่าง (เสียงสูง)	2	4.44
- พนักงานทำความสะอาด/แม่บ้าน (เสียงสูง)	2	4.44
- ครู/พนักงานสำนักงาน/พยาบาล (เสียงปานกลาง)	8	17.78

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- นักเรียน/นักศึกษา (เสี่ยงปานกลาง)	3	6.67
- พ่อค้าแม่ค้า/ธุรกิจส่วนตัว (เสี่ยงต่ำ-ปานกลาง)	11	24.45
- ว่างงาน/พักอยู่บ้าน/ผู้เกษียณ (เสี่ยงต่ำ)	1	2.22
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
- < 6 เดือน	3	6.67
- 6 เดือน-1 ปี	11	24.44
- 1-3 ปี	15	33.33
- > 3 ปี	16	35.56
ความถี่ในการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการ		
- ใช้เป็นประจำทุกวัน	32	71.11
- ใช้เมื่อมีอาการ	13	28.89
ประวัติการรักษาที่ผ่านมา		
- เคยไปพบแพทย์เฉพาะทางหู คอ จมูก	45	100.00
- ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล	37	82.22
- รักษาไม่ต่อเนื่อง/รักษาเมื่อมีอาการ	8	17.78

ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ พบว่า หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวม สูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}$ ก่อน = 3.93, S.D. = 0.50; $\bar{X}$ หลัง = 4.93, S.D. = 0.19; $p < .001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.13 เป็น 4.92 ($p < .001$) ซึ่งมีผลต่างเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 1.79) ด้านการใช้ยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำ แพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.78 เป็น 4.96 ($p = .002$) แม้ผลต่างเฉลี่ยจะน้อย ($\bar{X}$ = 0.18) แต่ยังคงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.89 เป็น 4.91 ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (จำนวนทั้งหมด 45 คน)

ด้านพฤติกรรม	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		ผลต่าง ($\Delta\bar{X}$)	T	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น	3.13	0.65	4.92	0.27	1.79	18.42	< .001*
2. การใช้ยาและปฏิบัติตาม คำแนะนำแพทย์	4.78	0.31	4.96	0.12	0.18	3.26	.002*
3. การดูแลสุขภาพทั่วไป	3.89	0.54	4.91	0.18	1.02	15.63	< .001*
รวมเฉลี่ยทุกด้าน	3.93	0.50	4.93	0.19	1	24.12	< .001*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม พบว่า หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทั้ง 4 ด้าน ใน TNSS (Total Nasal Symptom) ได้แก่ อาการ จาม คัดจมูก คันจมูก น้ำมูกไหล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยรวมของ TNSS ลดลงจาก 11.26 เป็น 6.93 คะแนน ($\Delta\bar{x} = 4.33$, $p < .001$) ส่วนอาการทางตา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.80 เป็น 1.76 คะแนน ($\Delta\bar{x} = 1.04$, $p < .001$) คะแนนระดับการถูกรบกวนจากอาการโดยรวมของโรค VAS (Visual Analogue Scale) หรือ ระดับความรุนแรงของอาการโดยรวม ลดลงจาก 5.31 เหลือ 2.07 คะแนน ($\Delta\bar{x} = 3.24$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (จำนวนทั้งหมด 45 คน)

อาการ	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		ผลต่าง ($\Delta\bar{x}$)	T	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D			
TNSS							
1. จาม	2.64	0.48	1.71	0.45	0.93	11.22	< .001*
2. คัดจมูก	2.91	0.29	1.8	0.36	1.11	18.46	< .001*
3. คันจมูก	2.84	0.37	1.69	0.34	1.15	18.02	< .001*
4. น้ำมูกไหล	2.87	0.32	1.73	0.31	1.14	18.93	< .001*
คะแนนรวม TNSS (0–12)	11.26	0.85	6.93	1.09	4.33	22.08	< .001*
อาการทางตา	2.8	0.3	1.76	0.34	1.04	17.63	< .001*
VAS (0–10)	5.31	0.81	2.07	0.74	3.24	25.31	< .001*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่เข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.95$, S.D. = 0.21) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านผู้ให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.97$) รองลงมาคือด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($\bar{x} = 4.97$) และด้านเนื้อหาการให้คำปรึกษา ($\bar{x} = 4.94$) ส่วนด้านวิธีการและบรรยากาศในการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 4.93$ ซึ่งอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (จำนวนทั้งหมด = 45)

รายการประเมิน	คะแนนความพึงพอใจ		
	Mean	SD	แปลผล
ส่วนที่ 1 : ด้านเนื้อหาการให้คำปรึกษา			
1. เนื้อหาในการให้คำปรึกษามีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัย	4.96	0.21	พึงพอใจมากที่สุด
2. เนื้อหาสอดคล้องกับปัญหาและอาการของผู้ป่วย	4.87	0.33	พึงพอใจมากที่สุด
3. เนื้อหานำไปใช้และสามารถเข้าใจได้จริง	4.93	0.26	พึงพอใจมากที่สุด
4. แบบฝึก กิจกรรม และตัวอย่างประกอบมีประโยชน์	4.98	0.15	พึงพอใจมากที่สุด
เฉลี่ยส่วนที่ 1	4.94	0.22	พึงพอใจมากที่สุด

รายการประเมิน	คะแนนความพึงพอใจ		
	Mean	SD	แปลผล
ส่วนที่ 2 : ด้านวิธีการและบรรยากาศในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม			
5. การดำเนินกิจกรรมมีความสนุกสนานและสร้างความไว้วางใจ	4.91	0.28	พึงพอใจมากที่สุด
6. สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน	4.89	0.31	พึงพอใจมากที่สุด
7. การใช้ภาพ วิดีโอ และกิจกรรมช่วยให้เข้าใจง่ายขึ้น	4.96	0.21	พึงพอใจมากที่สุด
8. ผู้ให้คำปรึกษาให้โอกาสซักถามและตอบข้อสงสัยได้ดี	4.98	0.15	พึงพอใจมากที่สุด
9. บรรยากาศในการให้คำปรึกษาเป็นมิตร ไม่เคร่งเครียด	4.93	0.26	พึงพอใจมากที่สุด
เฉลี่ยส่วนที่ 2	4.93	0.24	พึงพอใจมากที่สุด
ส่วนที่ 3 : ด้านผู้ให้คำปรึกษา			
10. ผู้ให้คำปรึกษามีทักษะในการให้คำแนะนำ เข้าใจง่าย	4.98	0.15	พึงพอใจมากที่สุด
11. ผู้ให้คำปรึกษาเป็นกันเอง ให้กำลังใจ และไม่ตัดสิน	4.96	0.21	พึงพอใจมากที่สุด
เฉลี่ยส่วนที่ 3	4.97	0.18	พึงพอใจมากที่สุด
ส่วนที่ 4 : ด้านประโยชน์ที่ได้รับ			
12. ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น	4.98	0.15	พึงพอใจมากที่สุด
13. สามารถนำสิ่งที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน	4.96	0.21	พึงพอใจมากที่สุด
14. มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น	4.98	0.15	พึงพอใจมากที่สุด
15. มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง	4.96	0.21	พึงพอใจมากที่สุด
เฉลี่ยส่วนที่ 4	4.97	0.18	พึงพอใจมากที่สุด
คะแนนรวมเฉลี่ยทุกด้าน	4.95	0.21	พึงพอใจมากที่สุด

อภิปรายผล

1. จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ จำนวน 45 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 23 คน (ร้อยละ 51.11) และเพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 48.89) มีช่วงอายุระหว่าง 45–59 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 33.33) รองลงมาคืออายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 24.44) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุมักมีความชุกของโรคนี้มากกว่าช่วงอายุอื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Victoria Cardona และคณะ (2020) ที่ระบุว่า โรคภูมิแพ้สามารถเกิดได้ในทุกช่วงวัยแต่จะพบมากในวัยทำงานและผู้สูงอายุ เนื่องจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้สะสมต่อเนื่องเป็นเวลานาน การประกอบอาชีพของตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร/ทำสวน/ทำนา/ปศุสัตว์ (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือแม่บ้าน (ร้อยละ 24.44) และค้าขาย (ร้อยละ 17.78) ซึ่งอาชีพดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับการสัมผัสฝุ่น ละอองเกสร และควันต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมอยู่เป็นประจำ ส่งผลให้มีโอกาสได้รับสารก่อภูมิแพ้สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น งานวิจัยของ Pawankar et al. (2020) และ Zhao et al. (2022) สนับสนุนว่า การสัมผัสฝุ่น ละอองเกสร และมลภาวะในอากาศ เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดโรคภูมิแพ้ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและภาคการเกษตรที่มีการเผาเศษวัสดุทางการเกษตรและใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างต่อเนื่อง ในด้านการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 26.67) และมีมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 33.33) แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ซึ่งมีผลต่อความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

เมื่อพิจารณาระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 35.56) รองลงมา คือ 1-3 ปี (ร้อยละ 33.33) แสดงถึงลักษณะความเรื้อรังของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ซึ่งมักมีการกำเริบของอาการ เป็นระยะ ๆ ตามฤดูกาลและสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Bousquet et al. (2020) และ Scadding (2018) ที่รายงานว่าโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยการ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและใช้ยาอย่างถูกต้อง ในด้านพฤติกรรมการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาประจำ (ร้อยละ 71.11) และมีเพียงร้อยละ 28.89 ที่ใช้ยาเฉพาะเวลามีอาการ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญ ของการใช้ยาควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น ยาสเตียรอยด์พ่นจมูก หรือยาแอนติฮิสตามีน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาของ Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma 2020 (กรเกียรติ์ สนิทวงศ์, 2563) ที่แนะนำให้ ผู้ป่วยใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมการอักเสบของเยื่อบุจมูกและป้องกันการกำเริบของโรค ส่วนในด้านประวัติ การรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) เคยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.22) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม ส่วนผู้ป่วยที่ รักษาไม่ต่อเนื่องหรือซื้อยาใช้เอง (ร้อยละ 17.78) อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรครุนแรงหรือเกิดผลข้างเคียง จากการใช้ยาไม่ถูกต้อง

2. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ พบว่า หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่า ก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}$ ก่อน = 3.93, S.D. = 0.50; $\bar{X}$ หลัง = 4.93, S.D. = 0.19; $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้น อย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.13 เป็น 4.92 ($p < .001$) แสดงว่าผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น ฝุ่น ควัน ขนสัตว์ ได้ดีขึ้น สอดคล้องสอดคล้องกับ สมาคมแพทยโรคจมูก (ไทย) ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย (2565) ซึ่งแนะนำว่าผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงสารก่อ ภูมิแพ้ในสิ่งแวดล้อมเป็นอันดับแรกของการรักษา โดยเฉพาะไรฝุ่น ควันบุหรี่ และเกสรพืชที่เป็นสาเหตุหลักของการ เกิดอาการ แนวทางดังกล่าวยืนยันว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและการปรับสิ่งแวดล้อมสามารถช่วยลดการเกิดอาการ กำเริบและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มาลินี ทองดีและคณะ, 2562) ด้านการใช้ยาและปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.78 เป็น 4.96 ($p = .002$) แสดงว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจและ สามารถใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น ตรงกับผลการศึกษาของ พิมพ์พญา (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้และ คำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพมีแนวโน้มใช้ยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้องมากขึ้นซึ่งช่วยลดความรุนแรงของอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

ในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.89 เป็น 4.91 ($p < .001$) แสดงถึงการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี เช่น การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ กระตุ้นอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินี ทองดี และคณะ (2562) ซึ่งรายงานว่า การปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์อย่างต่อเนื่อง เป็น ปัจจัยสำคัญที่ช่วยควบคุมอาการของโรคจมูกอักเสบเรื้อรังและลดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจ และ แรงจูงใจจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่น ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้ง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า บุคคลสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ผ่านกระบวนการให้ความรู้ การ สนับสนุน และการส่งเสริมแรงจูงใจ รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารมณ์ สุขศรี (2563) ที่พบว่าการให้

คำปรึกษาเชิงสุขภาพมีส่วนช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ความตระหนักรู้ และการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งเชิงสถิติและเชิงพฤติกรรม ผลการศึกษาครั้งนี้จึงยืนยันได้ว่าสมมติฐานวิจัยเป็นจริง โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การเปรียบเทียบความรุนแรงอาการโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทั้ง 4 ด้านใน TNSS ได้แก่ จาม คัดจมูก คันจมูก และน้ำมูกไหล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยรวม TNSS ลดลงจาก 11.26 เป็น 6.93 คะแนน ($\Delta\bar{x} = 4.33$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าอาการจมูกโดยรวมดีขึ้นอย่างชัดเจนหลังได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่ม ส่วนอาการทางตา พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.80 เป็น 1.76 คะแนน ($\Delta\bar{x} = 1.04$, $p < .001$) แสดงถึงการลดลงของอาการคัน ตาแดง หรือน้ำตาไหลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการถูกรบกวนจากอาการโดยรวม (VAS) ลดลงจาก 5.31 เหลือ 2.07 คะแนน ($\Delta\bar{x} = 3.24$, $p < .001$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการโรคได้ดีขึ้น โดยสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม เช่น การล้างจมูก การใช้ยาพ่นจมูกอย่างต่อเนื่อง การปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดและลดฝุ่นละออง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารมณ์ สุขศรี (2563) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่ได้รับการให้คำปรึกษาเชิงสุขภาพสามารถควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านอาการคัดจมูกและน้ำมูกไหล ซึ่งคล้ายกับผลของการศึกษาครั้งนี้ที่พบการลดลงเด่นชัดในสองด้านดังกล่าว

จากการวิเคราะห์โดยรวม แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีผลต่อการลดอาการของโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ ทั้งในแง่ของอาการจมูกและอาการทางตา ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยรายอื่น และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนความรุนแรงของโรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมให้บุคคลตระหนักและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองจะช่วยให้สามารถควบคุมภาวะสุขภาพเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในมิติทางจมูก ทางตา และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น จึงสามารถยืนยันได้ว่า สมมติฐานที่ว่าหลังการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีมี ระดับความรุนแรงของโรคน้อยลงเป็นจริง เนื่องจาก จากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจโรคมมากขึ้น สามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้มีระดับความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในภาพรวมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” ($\bar{x} = 4.95$, S.D. = 0.21) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านเนื้อหาและกระบวนการให้คำปรึกษา ($\bar{x} = 4.97$) รองลงมาคือ ด้านทักษะและบรรยากาศในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{x} = 4.93$) และ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($\bar{x} = 4.91$) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงต่อการได้รับข้อมูล ความรู้ การสื่อสาร และบรรยากาศของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมากที่สุดสอดคล้องกันกับการศึกษาของ เปรมทิพย์ คงพันธ์ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การสื่อสารที่ชัดเจน เป็นมิตร และมีความเข้าใจในบริบทของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สมบัติ กาญจนพิบูลย์ (2561) ที่กล่าวว่า “ความพึงพอใจของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการทั้งด้านความรู้สึกและเหตุผลได้ครบถ้วน” และผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานของ อาภรณ์ สุขศรี (2563) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจสูงต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงสุขภาพ เนื่องจากช่วยให้เข้าใจโรคมากขึ้น รู้จักการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังรู้สึกว่าคุณค่าการมีความใส่ใจ เป็นกันเอง และให้ออกสาขักถามได้อย่างเปิดเผย

โดยสรุป การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมทั้งความรู้และความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจสูงสุดทั้งด้านเนื้อหา บรรยากาศ และผลลัพธ์ที่ได้รับ อันนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางที่ควรส่งเสริมและขยายผลในงานบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและสามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงสามารถนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ป่วยภูมิแพ้ผิวหนัง หรือผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. โรงพยาบาลสามารถนำกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไปใช้เป็นกิจกรรมเสริมในคลินิกโรคหอบหืดหรือคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยเชิงรุก ลดการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล
3. บุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นต้นแบบในการอบรมให้ความรู้เรื่อง “เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม” เพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูลเชิงสุขภาพ และการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน
4. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการสร้างรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ หรือใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคภูมิแพ้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบในบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งด้านสภาพภูมิอากาศ วิถีชีวิต และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลต่ออาการของโรคเบาหวานกลุ่มที่มี
2. มีการเปรียบเทียบผลระหว่างการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แบบรายบุคคล และแบบออนไลน์ เพื่อประเมินประสิทธิผลในกลุ่มผู้ป่วยต่างวัย หรือผู้ที่เข้าถึงบริการได้ยาก เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ชนบท
3. ควรศึกษาปัจจัยด้านแรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มี เพื่อใช้พัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
4. ควรพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่ใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ หรือการใช้สื่อออนไลน์ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในยุคดิจิทัล และเพิ่มความสะดวกในการติดตามผลระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กรเกียรติ์ สนิทวงศ์. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้และผลกระทบต่อโรคหอบหืด (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma: ARIA 2020). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการโสต ศอ นาสิก แพทย์แห่งประเทศไทย.
- งานผู้ป่วยนอก ENT. (2567). เอกสารพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจมูกอักเสบภูมิแพ้ แผนก ENT ประจำปี 2567. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.
- ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร และคณะ. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565). วารสารหู คอ จมูก และใบหน้า, 23(1), 69–78.
- ทิตินา แหมมณี. (2561). การสร้างแบบสอบถามในการวิจัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปารยะ อาศนะเสน. (2559). แนวทางการรักษาโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในปัจจุบัน (ตอนที่ 1). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1261>
- เปรมทิพย์ คงพันธ์. (2559). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 27(1), 28–42.
- พิมพ์พญา สมดี และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 12(1), 43–53. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, จาก <https://journal.lib.buu.ac.th/index.php/health/article/view/5743>
- มาลินี ทองดี, ณิชภา เดชาภาพพิทักษ์, ธนัชร กาฬกัม, อุมพร อุดมทรัพย์กุล, ชามาศ วงศ์ษา, และวรรณดา ไล่สวน. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตและอาการทางจมูกของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบเรื้อรังเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา. รามาธิบดีเวชสาร, 42(2), 21–29.
- เวชระเบียนผู้ป่วย ENT โรงพยาบาลกุมภวาปี. (2567). สถิติผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ พ.ศ. 2564–2567. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลกุมภวาปี.
- สมบัติ กาญจนพิบูลย์. (2561). การสื่อสารทางสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมแพทย์โรคจมูก (ไทย), ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย, และสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ในคนไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคจมูก (ไทย). สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, จาก <https://www.rcot.org/2021/download/23>
- สุภา อ่อนแ่ม และคณะ. (2561). ความชุกของสารก่อภูมิแพ้ในอากาศจากการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนังในคลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลรามธิบดี. Ramathibodi Medical Journal, 41(2), 9–15.
- อาภรณ์ สุขศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 28(2), 45–56. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JNR/article/view/243291>

- Bousquet, J., Schünemann, H. J., Togias, A., Bachert, C., Erhola, M., Hellings, P. W., & Zuberbier, T. (2020). Next-generation allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis management. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 145(1), 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2019.06.049>
- Cardona, V., Ansotegui, I. J., Ebisawa, M., El-Gamal, Y., Fernandez Rivas, M., Fineman, S., & Worm, M. (2020). World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020. *World Allergy Organization Journal*, 13(10), 100472. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472>
- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *The Lancet*, 304(7889), 1127–1131.
- Juniper, E. F., & Guyatt, G. H. (1991). Development and validation of the Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 88(5), 841–847.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1–55.
- Meltzer, E. O. (2016). Allergic rhinitis: Burden of illness, quality of life, comorbidities, and control. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 36, 235–248.
- Meltzer, E. O., Wallace, D., Dykewicz, M., & Shapiro, G. (2000). Validated questionnaires for assessing the severity of allergic rhinitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 106(5 Suppl.), S153–S168.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Pawankar, R., Canonica, G. W., Holgate, S. T., & Lockey, R. F. (2020). Allergic diseases and asthma: A major global health concern. World Allergy Organization.
- Scadding, G. K. (2018). Optimal management of allergic rhinitis. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition*, 103(3), 153–159.
- Ward, S. L., Hisley, S. M., & Kennedy, A. M. (2016). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children, and families* (2nd ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Zhao, J., Bai, J., Chen, Y., & Li, X. (2022). Prevalence and associated factors of allergic rhinitis among adults: A systematic review and meta-analysis. *Allergy and Asthma Proceedings*, 43(5), 364–374.

สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 – 2567 และ
การศึกษานำร่องความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า
ของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

ปรีชาพล บึงผลพล*, ไอรินลดา วิศิษฐ์พรกุล,
ปิติภรณ์ พรหมดวงสี, อธิพล ใจกล้า,
สุกัญช บัญสุขมาก, ณัฐณิชา อ่อนคล้าย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563–2567 และศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เก็บข้อมูลความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าด้วยแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องรายข้อ 0.67–1.00 ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.86 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ปีเสียชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยรับประทานเห็ดพิษทุก 10 คน จะมีผู้เสียชีวิต 1 คน เหตุการณ์ระบาดเกิดได้ตลอดปีและสูงขึ้นช่วงฤดูฝน เขต 10 จังหวัดบุรีรัมย์ มีเหตุการณ์ระบาดสูงสุด 28 จาก 113 เหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.53 มีวิถีชีวิตผูกพันกับเห็ดป่าในฐานะผู้บริโภค ผู้ขายเห็ด และเซียนเห็ด มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 2.47 ที่ไม่กินเห็ด ประชาชนชาวบ้านคือบุคคลสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ การจำแนกเห็ดพิษใช้การสังเกตจากลักษณะภายนอกและสอบถามผู้รู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะวิธีการจำแนกชนิดเห็ด การเก็บหรือการเลือกซื้อเห็ดป่า จึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากเห็ดพิษ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งใกล้ชิดและเข้าใจวิถีชีวิตชุมชนควรส่งเสริมบทบาทประชาชนชาวบ้านให้เป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขระดับเขตและจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านเห็ด และภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันพัฒนากลไกด้านการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ การเฝ้าระวังเห็ดพิษ การแจ้งเตือนช่วงฤดูฝน การจัดการแหล่งจำหน่าย และการสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการรับรองเห็ดป่าปลอดภัย

คำสำคัญ : เห็ดพิษ, เห็ดป่า, บุรีรัมย์

*อีเมลผู้รับผิดชอบบทความ E-mail : preechapol49@gmail.com

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 11000

The Situation of Food Poisoning from Poisonous Mushrooms in Thailand, 2020 – 2024 and a Pilot Study on Knowledge, Beliefs, and Consumption Behaviors Regarding Wild Mushrooms in Sang Tho Subdistrict, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province

Preechapol Puengpholpool*, Irinlada Wisitphonkul,
Pitiphon Promduangsi, Teerapon Jaikla,
Suphanuch Boonsukmak, Nattanicha Onklay

Abstract

Wild mushrooms are widely consumed as local food; however, some species are toxic and may cause severe poisoning or death if misidentified. This study examined the situation of toxic wild mushroom poisoning in Thailand from 2020 to 2024 and assessed knowledge, beliefs, and consumption behaviors among residents of Sang Tho Sub-district, Khueang Nai District, Ubon Ratchathani Province. Purposive sampling was applied due to the high incidence in Health Region 10, focusing on households in a village where a fatal case involving a 10-year-old child had occurred. Secondary data were obtained from the outbreak monitoring system of the Division of Epidemiology, Department of Disease Control. Primary data were collected using a validated multiple-choice questionnaire (IOC: 0.67 – 1.00) and analyzed using descriptive statistics. The fatality rate was approximately one death per ten poisoned patients. Outbreaks occurred throughout the year, peaking during the rainy season. Health Region 10 reported the highest number of outbreaks, with Ubon Ratchathani Province accounting for 28 of 113 incidents nationwide. Most participants (97.53%) had lifestyles closely associated with wild mushrooms as consumers, sellers and mushroom experts, while only 2.47% reported not consuming mushrooms. Mushroom identification relied mainly on physical characteristics and local experts; however, overall knowledge, beliefs, and consumption behaviors were assessed as unsafe, increasing health risks. Strengthening community-based risk communication through local sages, enhanced surveillance, seasonal warnings, market regulation, and a “safe wild mushroom certification” system is recommended.

Keywords : Poisonous Mushrooms, Wild Mushrooms, Ubon Ratchathani

*Corresponding author E-mail : preechapol49@gmail.com

Division of Communicable Disease, Department of disease control, Ministry of Public Health 11000

บทนำ

การเจ็บป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ข้อมูลจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event - based Surveillance; EBS) กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 พบสถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษมีแนวโน้มลดลงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หลังจากผ่อนคลายมาตรการปลายปี พ.ศ. 2565 กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้บางปีจำนวนเหตุการณ์ระบาดจะลดลงแต่กลับมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงกว่าปีอื่น เมื่อพิจารณาในภาพรวมช่วง 5 ปีที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเห็ดพิษทุก 10 คนจะมีผู้เสียชีวิต 1 คน (ร้อยละ 10.87) ในปีพ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุด 6 คน และ 1 ในผู้เสียชีวิตมีอายุเพียง 10 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในตำบลสร้างถ่ออำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี (กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, 2567)

การรับประทานเห็ดป่าเป็นวิถีชีวิตดั้งเดิมของประชาชนในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความอุดมสมบูรณ์ทางระบบนิเวศและมีความหลากหลายทางชีวภาพสูง เห็ดป่าหลายชนิดจึงกลายเป็นแหล่งอาหารที่สำคัญ ชาวบ้านนิยมออกเก็บเห็ดป่าเพื่อนำมาประกอบอาหารหรือจำหน่ายในตลาดท้องถิ่น การได้มาของเห็ดอาจเก็บในธรรมชาติด้วยตนเอง ได้รับการแบ่งปัน หรือซื้อจากตลาดขายเห็ด การจำแนกลักษณะเห็ดพิษและเห็ดกินได้ใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เรียนรู้และถ่ายทอดสืบต่อกันมา ซึ่งเห็ดกินได้และเห็ดพิษบางชนิดมีลักษณะคล้ายกันมากจนไม่สามารถแยกได้ด้วยตาเปล่าโดยเฉพาะดอกเห็ดในระยะตูมที่มีส่วนประกอบไม่ชัดเจนจึงทำให้เข้าใจผิดและเก็บเห็ดพิษมารับประทาน (ปริชาพล บึงผลพล และคณะ, 2566) ทำให้เกิดอาการตามชนิดของพิษซึ่งมีหลากหลายกลุ่มสารพิษ อาการมีตั้งแต่ไม่รุนแรง เช่น อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย จนถึงขั้นรุนแรง เช่น ตับอักเสบ ไตวาย หัวใจ ล้มเหลว กล้ามเนื้อสลาย และเสียชีวิต (ปริชาพล บึงผลพล และคณะ, 2566; สายสมร ล้ายอง และ สันธิติ วัฒนราษฎร์, 2565; กิ่งจันทน์ มะลิซ้อน และคณะ, 2565) ข้อมูลจากการสอบสวนเหตุการณ์ระบาดพบปัจจัยเสี่ยงการเจ็บป่วยจากเห็ดพิษมีหลายสาเหตุ ทั้งการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่รู้จักหรือไม่แน่ใจว่ารับประทานได้ เก็บเห็ดในพื้นที่เคยเก็บเป็นประจำจึงเชื่อว่าเป็นปลอดภัย เก็บเห็ดหลายชนิดรวมกันโดยไม่แยกก่อนนำมาปรุงประกอบอาหาร รับประทานเห็ดร่วมกับดื่มแอลกอฮอล์ และรับประทานเห็ดที่เก็บไว้นานเห็ดอาจเสื่อมสภาพ (กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, 2567)

จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่าข้อมูลสถานการณ์การระบาดของอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษมีความสำคัญเนื่องจากทำให้ทราบขนาดของปัญหา แนวโน้มกระจายของโรคในแต่ละพื้นที่ ประกอบกับยังไม่มีเคยมีการศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมมารับประทานเห็ดป่าของประชาชนในพื้นที่พบผู้เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษมาก่อน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาด้านการระบาดของอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563-2567 และศึกษานำร่องความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมมารับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษ จนนำไปสู่การลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563-2567 ประกอบด้วยวิธีการกระจายของโรคตามเวลา สถานที่ และบุคคล ชนิดของเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต และแหล่งที่มาของเห็ด

2. เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ ปี พ.ศ. 2563 - 2567 - การกระจายของโรคตามเวลา - การกระจายของโรคตามสถานที่ - การกระจายของโรคตามบุคคล - ชนิดของเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต - แหล่งที่มาของเห็ด	ข้อมูลส่วนบุคคล - เพศ - อายุ - ระดับการศึกษา - อาชีพ - การใช้ประโยชน์จากเห็ดป่า - ลักษณะความรู้ ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่า - การได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องเห็ดป่า - วิธีการจำแนกเห็ดพิษ - แหล่งที่ได้รับเห็ดป่า - สถานที่เก็บเห็ดป่าเป็นประจำ - การได้รับคำเตือนเรื่องเห็ดพิษ - ประสบการณ์เจ็บป่วยการกินเห็ดพิษของตนเอง บุคคลในครอบครัวหรือชุมชน - ชนิดของเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุทำให้เจ็บป่วย - การเสียชีวิตจากการกินเห็ดพิษคนในครอบครัวหรือชุมชน - ชนิดของเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต	ความรู้เรื่องเห็ดป่า - วิธีการเก็บเห็ด - การจำแนกลักษณะ - การรับประทาน การปรุงประกอบ - อาการหลังกินเห็ดพิษ - การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ความเชื่อเรื่องเห็ดป่า - วิธีการเก็บเห็ด - การจำแนกลักษณะ - การรับประทาน การปรุงประกอบ - อาการหลังกินเห็ดพิษ - การปฐมพยาบาลเบื้องต้น พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า - วิธีการเก็บเห็ด - การจำแนกลักษณะ - การรับประทาน การปรุงประกอบ - อาการหลังกินเห็ดพิษ - การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
--	--	---

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Research) ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังระดับประเทศ และใช้วิธีวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ในศึกษาข้อมูลภาคสนามระดับชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ตัวแทนครัวเรือนในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ปี เสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษตำบลสร้างถ่อ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 173 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Daniel (1999) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ($e = 0.05$) การศึกษาของ พรสุตา โสวรรณิ และคณะ (2563) สัดส่วนประชากรที่มีพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ปลอดภัย 0.02 การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนด

สัดส่วนประชากรที่สนใจศึกษาเท่ากับ 0.10 ($p = 0.10$) ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 78 คน กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้จริงจำนวน 81 คน สุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ในผู้ที่เต็มใจให้ข้อมูลและอยู่ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จำแนกตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (EBS; Event - based Surveillance) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2024) ใช้แบบบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel ประกอบด้วยข้อมูลการกระจายของโรคตามเวลา สถานที่ บุคคล ชนิดของเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต และแหล่งที่มาของเห็ด

2. การศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของประชาชนตำบลสร้างถ่อ อำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดเลือกตอบที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบหลายตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับเห็ดป่า การมีความรู้ความเชื่อชาวยุทธเรื่องเห็ดป่า แหล่งที่ทำให้ความรู้เรื่องเห็ดป่า วิธีการจำแนกเห็ดพิษ ที่มาของเห็ดป่า สถานที่เก็บเห็ดป่า การได้รับคำเตือนเรื่องเห็ดพิษ ประสบการณ์เจ็บป่วยจากการกินเห็ดพิษของตนเอง บุคคลในครอบครัว หรือชุมชน ชนิดของเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุทำให้เจ็บป่วย การเสียชีวิตจากการกินเห็ดพิษของคนในครอบครัวหรือชุมชน และชนิดของเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการรับประทานเห็ดป่า (วิธีการเก็บ การจำแนกชนิด การปรุงประกอบ อาการหลังกินเห็ดพิษ และการปฐมพยาบาล) เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการเก็บ 2 ข้อ การจำแนกชนิด 4 ข้อ การปรุงประกอบ 4 ข้อ อาการหลังกินเห็ดพิษ 1 ข้อ และการปฐมพยาบาล 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความเชื่อเรื่องการรับประทานเห็ดป่า (วิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อ การจำแนกชนิด การปรุงประกอบ การทดสอบพิษ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น) เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อ 2 ข้อ การจำแนกชนิด 4 ข้อ การปรุงประกอบ 3 ข้อ การทดสอบพิษ 4 ข้อ และการปฐมพยาบาล 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า (วิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อ การจำแนกชนิด การปรุงประกอบ การปฐมพยาบาล และการแจ้งเตือนในชุมชน) เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย วิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อ 3 ข้อ การจำแนกชนิด 2 ข้อ การปรุงประกอบ 2 ข้อ การปฐมพยาบาล 2 ข้อ และการแจ้งเตือนในชุมชน 1 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ปลอดภัย ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัย ตอบใช่ ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 80 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยด้านการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการวิจัย และด้านชีววิทยาป่าไม้ หาค่าความสอดคล้องรายข้อ ได้ 0.66 – 1.00 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้วิเคราะห์ด้วยสูตรของ Kuder Richardson (KR-20) ได้ 0.72 แบบสอบถามความเชื่อและและพฤติกรรม วิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.83 และ 0.77 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทำหนังสือชี้แจงโครงการ เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตลงพื้นที่ดำเนินโครงการวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สาธารณสุขอำเภอเชียงใน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างถ่อ และผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่นัดหมาย โดยเข้าพบผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงโครงการและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้พาคณะผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ปีเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษ กรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหรืออ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบด้วยวาจา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 30 นาที พร้อมทั้งมีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำมาลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีการแนะนำตัวและช่องทางการติดต่อ ชี้แจงความเป็นมาวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสพการณ์เกี่ยวกับเห็ดป่า ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Max) และค่าสูงสุด (Min)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์อาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2567

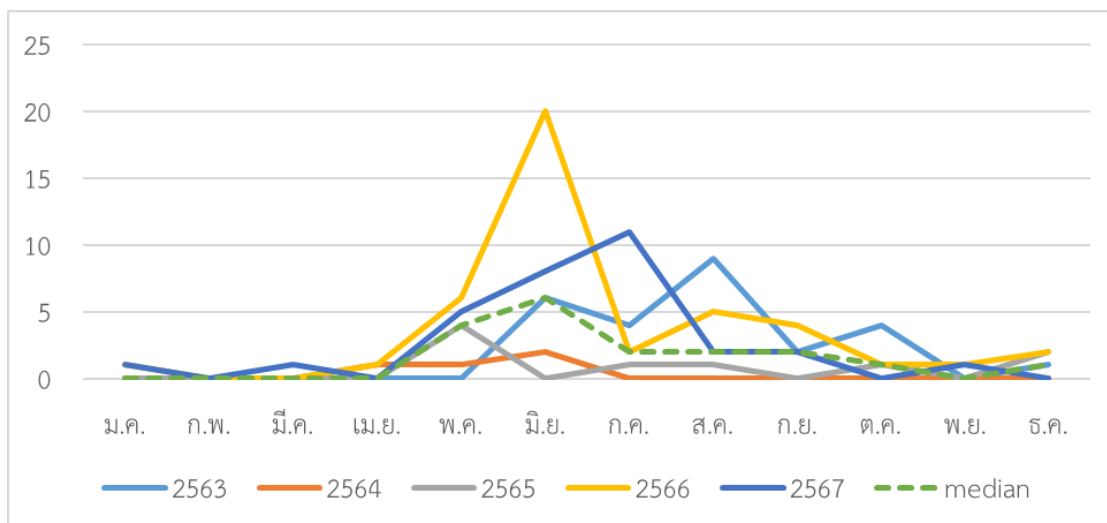
การกระจายของโรคตามเวลา พบว่า จำนวนเหตุการณ์ระบาดลดลงจากปี พ.ศ. 2563 จำนวน 26 เหตุการณ์เป็น 4 เหตุการณ์ในปี พ.ศ. 2564 และเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2565 - 2566 (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายเดือน พบว่า จำนวนเหตุการณ์ระบาดของอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษพบได้ประปรายตลอดทั้งปีและจะ

เพิ่มสูงขึ้นช่วงฤดูฝน เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี พบว่า ปี พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 มีจำนวนเหตุการณ์ระบาดสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนเหตุการณ์ระบาด จำนวนผู้ป่วย จำนวนผู้เสียชีวิต และอัตราป่วยตายอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกรายปี (พ.ศ. 2563 - 2567)

ปี พ.ศ.	จำนวนเหตุการณ์ (ครั้ง)	ผู้ป่วย (คน)	ผู้เสียชีวิต (คน)	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
2563	26	107	11	10.28
2564	4	15	2	13.33
2565	9	49	2	4.08
2566	43	181	13	7.18
2567	31	126	18	14.29
รวม	113	478	46	9.62

ภาพที่ 1 จำนวนเหตุการณ์ระบาดอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกรายเดือนเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี (พ.ศ. 2563 - 2567)



การกระจายของโรคตามสถานที่ พบว่า ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนเหตุการณ์ระบาดสูงสุด (28/113 เหตุการณ์) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี (18/113 เหตุการณ์) และเขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ (15/113 เหตุการณ์) (ตารางที่ 2) โดยเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (20/91 คน) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา (4/22 คน) และเขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ (4/25 คน) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนเหตุการณ์ระบาดของอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกรายเขต (พ.ศ. 2563 - 2567)

เขตสุขภาพ	พ.ศ. 2563 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2564 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2565 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2566 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2567 (เหตุการณ์)	รวม (เหตุการณ์)
1 เชียงใหม่	6	2	1	2	4	15
2 พิษณุโลก	-	-	2	-	2	4
3 นครสวรรค์	-	-	-	-	1	1
4 สระบุรี	1	-	-	2	1	4
5 ราชบุรี	-	-	-	3	-	3
6 ชลบุรี	5	-	-	4	1	10
7 ขอนแก่น	1	-	-	4	1	6
8 อุตรธานี	1	-	4	5	8	18
9 นครราชสีมา	-	-	-	3	2	5
10 อุบลราชธานี	11	1	-	8	8	28
11 สุราษฎร์ธานี	-	-	1	6	2	9
12 สงขลา	1	1	1	6	1	10
รวม	26	4	9	43	31	113

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกรายเขต (พ.ศ. 2563 - 2567)

เขตสุขภาพ	พ.ศ. 2563 (คน)		พ.ศ. 2564 (คน)		พ.ศ. 2565 (คน)		พ.ศ. 2566 (คน)		พ.ศ. 2567 (คน)		รวม (คน)	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
1 เชียงใหม่	13	3	8	-	5	-	4	-	10	1	40	4
2 พิษณุโลก	-	-	-	-	10	-	-	-	9	2	19	2
3 นครสวรรค์	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3	-
4 สระบุรี	6	-	-	-	-	-	16	-	8	-	30	-
5 ราชบุรี	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-	25	-
6 ชลบุรี	24	-	-	-	-	-	19	-	2	-	45	-
7 ขอนแก่น	6	1	-	-	-	-	14	1	5	2	25	4
8 อุตรธานี	14	-	-	-	24	2	22	6	40	3	100	11
9 นครราชสีมา	-	-	-	-	-	-	13	1	9	3	22	4
10 อุบลราชธานี	40	7	2	2	-	-	17	5	32	6	91	20
11 สุราษฎร์ธานี	-	-	-	-	2	-	22	-	5	1	29	1
12 สงขลา	4	-	5	-	8	-	29	-	3	-	49	-
รวม	107	11	15	2	49	2	181	13	126	18	478	46

การกระจายของโรคตามบุคคล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (170 คน) รองลงมาคือเพศชายและไม่ระบุเพศจำนวนเท่ากัน (154 คน) เพศชายมีอัตราการเสียชีวิต (21/154 คน) สูงกว่าเพศหญิง (24/170 คน) (ตารางที่ 4) กลุ่มวัยที่พบจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด คือ วัยทำงาน (28/188 คน) ส่วนกลุ่มวัยที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด คือ ผู้สูงอายุ (15/63 คน) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกตามเพศ (พ.ศ. 2563 - 2567)

เพศ	พ.ศ. 2563 (คน)		พ.ศ. 2564 (คน)		พ.ศ. 2565 (คน)		พ.ศ. 2566 (คน)		พ.ศ. 2567 (คน)		รวม (คน)	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
หญิง	34	7	2	1	13	1	78	9	43	6	170	24
ชาย	36	3	4	1	6	1	57	4	51	12	154	21
ไม่ระบุเพศ	37	1	9	-	30	-	46	-	32	-	154	1
รวม	107	11	15	2	49	2	181	13	126	18	478	46

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกตามกลุ่มวัย (พ.ศ. 2563 - 2567)

ช่วงวัย	พ.ศ. 2563 (คน)		พ.ศ. 2564 (คน)		พ.ศ. 2565 (คน)		พ.ศ. 2566 (คน)		พ.ศ. 2567 (คน)		รวม (คน)	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
ปฐมวัย (0-5 ปี)	2	-	2	-	-	-	3	-	3	-	10	-
วัยเรียน (6-14 ปี)	2	-	-	-	2	-	9	-	5	1	18	1
วัยรุ่น (15-21 ปี)	1	-	-	-	-	-	6	-	7	1	14	1
วัยทำงาน (22-59 ปี)	51	4	5	2	6	2	77	9	49	11	188	28
ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	16	6	1	-	2	-	23	4	21	5	63	15
ไม่ระบุ	35	1	7	-	39	-	63	-	41	-	185	1
รวม	107	11	15	2	49	2	181	13	126	18	478	46

ชนิดของเห็ดที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ป่วยจากการรับประทานเห็ดพิษรวม 113 เหตุการณ์ และในจำนวนนี้พบเหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิต 38 เหตุการณ์ เห็ดไม่ทราบชนิดส่งผลให้เกิดเหตุการณ์การป่วย (50/113 เหตุการณ์) และเสียชีวิต (13/38 เหตุการณ์) สูงสุด เหตุการณ์ป่วยจากการรับประทานเห็ดถ่านเลือดส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (8/9 เหตุการณ์) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนเหตุการณ์ระบาดอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกตามชนิดเห็ดพิษที่เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต (พ.ศ. 2563 - 2567)

ชนิดเห็ดพิษ	พ.ศ. 2563 (เหตุการณ์)		พ.ศ. 2564 (เหตุการณ์)		พ.ศ. 2565 (เหตุการณ์)		พ.ศ. 2566 (เหตุการณ์)		พ.ศ. 2567 (เหตุการณ์)		รวม (เหตุการณ์)	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
ไม่ทราบชนิด	16	6	2	-	6	-	15	4	11	3	50	13
เห็ดรวม	5	3	-	-	1	1	9	3	4	2	19	9
เห็ดหมวกจีน	-	-	-	-	-	-	10	2	3	-	13	2
เห็ดระงาก	3	2	-	-	1	1	5	1	2	2	11	6

ชนิดเห็ดพิษ	พ.ศ. 2563 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		พ.ศ. 2564 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		พ.ศ. 2565 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		พ.ศ. 2566 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		พ.ศ. 2567 (เหตุการณ์) ป่วย ตาย		รวม (เหตุการณ์) ป่วย ตาย	
เห็ดถ่านเลือด	-	-	1	1	-	-	1	-	7	7	9	8
เห็ดผึ้งพิษ	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	4	-
เห็ดไขหังส์	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3	-
เห็ดพิษก้านเทา	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-
เห็ดขี้ควาย	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	-
รวม	26	11	4	1	9	2	43	10	31	14	113	38

แหล่งที่มาของเห็ด พบว่า เหตุการณ์ระบาดของอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษส่วนใหญ่สามารถระบุแหล่งที่มาของเห็ดได้ (100/113 เหตุการณ์) โดยเก็บเอง (74 เหตุการณ์) ญาติหรือเพื่อนบ้านเก็บมาฝาก (13 เหตุการณ์) ชื้อ (9 เหตุการณ์) และคนในครอบครัวเก็บมาให้ (4 เหตุการณ์) (ตาราง 7)

ตารางที่ 7 จำนวนเหตุการณ์ระบาดของอาหารเป็นพิษจากการรับประทานเห็ดพิษจำแนกตามแหล่งที่มาของเห็ด (พ.ศ. 2563 - 2567)

แหล่งที่มา	พ.ศ. 2563 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2564 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2565 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2566 (เหตุการณ์)	พ.ศ. 2567 (เหตุการณ์)	รวม (เหตุการณ์)
เก็บเอง	14	3	5	30	22	74
ญาติ เพื่อนบ้านเก็บมาฝาก	5	-	1	3	4	13
ซื้อ	2	-	-	5	2	9
คนในครอบครัวเก็บมาให้	1	-	-	1	2	4
ไม่ระบุแหล่งที่มา	4	1	3	4	1	13
รวม	26	4	9	43	31	113

2. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 81 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 67 คน (ร้อยละ 82.72) อายุอยู่ระหว่าง 26 – 81 ปี อายุเฉลี่ย 54.36 ปี (Mean = 54.36, S.D. = 11.19) จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 51 คน (ร้อยละ 62.97) จบปริญญาตรีเป็นส่วนน้อย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.47) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 49 คน (ร้อยละ 60.49) รองลงมา คือ รับจ้าง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 17.28) และค้าขาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 14.81) ซึ่งเท่ากับรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเกี่ยวข้องกับเห็ดป่าในฐานะผู้บริโภคเป็นอันดับแรก จำนวน 47 คน (ร้อยละ 58.02) รองลงมา คือ ขายเห็ด จำนวน 17 คน (ร้อยละ 20.99) เชียนเห็ด จำนวน 15 คน (ร้อยละ 18.52) และไม่กินเห็ดเพียง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.47) มีความรู้ความเชี่ยวชาญวิธีการจำแนกเห็ดพิษมากที่สุด จำนวน 71 คน (ร้อยละ 87.65) ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากหลายแหล่งทั้งผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้าน จำนวน 44 คน (ร้อยละ 54.32) และบุคคลในครอบครัว จำนวน 43 คน (ร้อยละ 53.09) มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาด้วยตนเอง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 8.64) การจำแนกเห็ดพิษใช้ทั้งวิธีการสังเกตจากลักษณะภายนอก เช่น สี รูปร่าง และกลิ่น จำนวน 61 คน (ร้อยละ 75.31) สอบถามจากผู้รู้ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 32.10) และการทดสอบแบบพื้นบ้าน เช่น ต้มกับข้าวสาร หรือเครื่องเงิน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 13.58) การได้มาของเห็ดป่าส่วนใหญ่เก็บเอง จำนวน 62 คน (ร้อยละ 76.54) รองลงมา คือ คนในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้านเก็บมาให้ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 11.11) ซึ่งใกล้เคียงกับการซื้อจากคนเก็บเห็ดหรือคนขายเห็ด กลุ่มตัวอย่างเก็บเห็ดจากป่าในหมู่บ้านมากที่สุด จำนวน 53 คน (ร้อยละ 65.43) รองลงมา คือ ป่านอกหมู่บ้าน จำนวน 19 คน (ร้อยละ 23.46) มีเพียง 9 คน (ร้อยละ 11.11) ที่ไม่เคยเก็บเห็ด

เอง กลุ่มตัวอย่างไม่ถึงครึ่งหนึ่ง จำนวน 35 คน (ร้อยละ 43.21) ให้ข้อมูลว่าตนเองหรือคนในครอบครัวหรือคนในชุมชนเคยป่วยจากการกินเห็ดพิษ ในกลุ่มตัวอย่างนี้มีจำนวน 29 คน (ร้อยละ 82.86) ให้ข้อมูลว่าเห็ดระงากคือสาเหตุการป่วย กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 51.85) ทราบว่ามีคนในชุมชนเสียชีวิตจากการกินเห็ดพิษ และทราบว่าเห็ดระงากคือสาเหตุการเสียชีวิต จำนวน 26 คน (ร้อยละ 61.90)

3. ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า

ความรู้เรื่องเห็ดป่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีความรู้ในระดับที่ปลอดภัยโดยมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 50.62) ด้านที่มีความรู้ที่ปลอดภัยสูงสุดคือวิธีการเก็บเห็ดป่า จำนวน 59 คน (ร้อยละ 72.84) และการปฐมพยาบาลหลังกินเห็ดพิษ จำนวน 58 คน (ร้อยละ 71.60) (ตารางที่ 8)

ความเชื่อเรื่องการรับประทานเห็ดป่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเชื่อที่ไม่ปลอดภัย โดยมีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.70) และระดับต่ำ จำนวน 78 คน (ร้อยละ 96.30) อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 81 คน (ร้อยละ 100) มีความเชื่ออยู่ในระดับต่ำด้านวิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อเห็ดป่า (ตารางที่ 8)

พฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่า พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 มีพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัยโดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 75.31) ถึงระดับต่ำ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.17) โดยเฉพาะวิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อเห็ดป่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 22.22) ถึงระดับต่ำ จำนวน 63 คน (ร้อยละ 77.78) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 81)

ตัวแปร	สูง (คะแนน > ร้อยละ 80)		ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 80)		ต่ำ (คะแนน < ร้อยละ 60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้	41	50.62	33	48.15	7	17.28
วิธีการเก็บเห็ดป่า	59	72.84	-	-	22	27.16
การจำแนกชนิดเห็ด	19	23.45	31	38.27	31	38.27
การปรุงประกอบ	28	34.57	36	44.44	17	20.99
อาการหลังกินเห็ดพิษ	48	59.26	-	-	33	40.74
การปฐมพยาบาล	58	71.60	-	-	23	28.40
ความเชื่อ	-	-	3	3.70	78	96.30
วิธีการเก็บ/เลือกซื้อ	-	-	-	-	81	100
การจำแนกชนิด	2	2.47	8	9.88	71	87.65
การปรุงประกอบ	-	-	1	1.23	80	98.77
การทดสอบเห็ดพิษ	1	1.23	3	3.70	77	95.06
การปฐมพยาบาล	15	18.52	61	75.31	5	6.17
พฤติกรรม	15	18.52	61	75.31	5	6.17
วิธีการเก็บ/เลือกซื้อ	-	-	18	22.22	63	77.78
การจำแนกชนิด	76	93.83	-	-	5	6.17
การปรุงประกอบ	26	32.10	-	-	55	67.90
การปฐมพยาบาล	15	18.52	-	-	66	81.48
การแจ้งเตือนในชุมชน	79	97.53	-	-	2	2.47

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 79 คน (ร้อยละ 97.53) มีวิถีชีวิตผูกพันกับเห็ดป่าทั้งในฐานะผู้บริโภค ผู้ขาย และเขียนเห็ด ภูมิปัญญาท้องถิ่นคือบุคคลสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ผ่านประสบการณ์ ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะวิธีการจำแนกชนิดเห็ด การปรุงประกอบ และวิธีการเก็บหรือการเลือกซื้อเห็ดป่า เช่น การทดสอบด้วยข้อเงิน ปูนกินหมาก การต้มเห็ดรวมกับหัวหอม หากเปลี่ยนเป็นสีดำแสดงว่าเป็นเห็ดพิษ สอดคล้องกับสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13 (แพร่), (2563) พบว่า พื้นที่ที่แวดล้อมไปด้วยป่าไม้และธรรมชาติชาวบ้านจะมีวิถีชีวิตผูกพันกับเห็ดป่า มีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรจากป่าโดยเฉพาะเห็ดป่าเป็นแหล่งอาหารเพื่อยังชีพและสร้างรายได้ สอดคล้องกับขวัญเรือน นาคสุวรรณกุล และคณะ (2565); สายสมร ล้ายอง และ สันฐิติ วัฒนราชูร์ (2565); กิ่งจันทร์ มะลิซ้อน และคณะ (2565); Dimitrova, (2021) พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่เก็บเห็ดเพื่อกินและขาย โดยได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นจากประสบการณ์ความคุ้นเคยจากรุ่นสู่รุ่นโดยสืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน การจำแนกเห็ดพิษกับเห็ดกินได้จากลักษณะภายนอกเพียงอย่างเดียวไม่สามารถใช้ได้กับเห็ดทุกชนิด ซึ่งขวัญเรือน นาคสุวรรณกุล (2565) พบว่า เห็ดพิษที่สำรวจมีลักษณะภายนอกใกล้เคียงกับเห็ดกินได้ เมื่อนำมาศึกษาลักษณะทางสัณฐานวิทยาและโครงสร้างอื่นอย่างละเอียดพบว่ามีความแตกต่างกัน (สายสมร ล้ายอง และ สันฐิติ วัฒนราชูร์, 2565) ซึ่งสังเกตได้เมื่อดอกเห็ดเจริญเต็มที่แล้ว หากเก็บเห็ดระยะดอกอ่อนอาจมีความเสี่ยงสูงกว่าการเก็บเห็ดระยะเจริญเต็มที่แล้ว สอดคล้องกับ พรสุตา โสวรรณ และคณะ (2563) ศึกษาความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการเลือกเห็ดเพื่อปรุงอาหาร และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อป่วยด้วยเห็ดพิษของเขียนเห็ดอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อและการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.90) และระดับต่ำ (ร้อยละ 79.80) แต่ขัดแย้งกันในเรื่องความรู้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.40) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเก็บข้อมูลกับเขียนเห็ดซึ่งเป็นผู้ประกอบการและมีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องเห็ดป่า แต่เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังเข้าใจผิดเรื่องวิธีปฐมพยาบาลที่ดีที่สุดเมื่อกินเห็ดพิษคือทำให้อาเจียนและรีบไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 91.10) เห็ดที่เคยกินในอดีตจะไม่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยในปัจจุบันแม้จะเกิดในบริเวณที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 82.30) และการสังเกตเห็ดพิษจากการเปลี่ยนสีข้าวสารที่ใส่ลงในหม้อแกง (ร้อยละ 91.10) วิธีตรวจสอบเหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้ไม่ได้กับเห็ดพิษสกุลอะมานิต้า (*Amanita*) (สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13 (แพร่), 2563) ทั้งนี้ มีรายงานการพิสูจน์พิษออกสำรวจเห็ดพิษในอำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน โดยการต้มเห็ดระโงกหิน (*Amanita verna*) ซึ่งเป็นเห็ดพิษร่วมกับข้าวเหนียว ข้าวเจ้า หอมแดง และแหวนเงิน พบว่า ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว หอมแดง และแหวนเงินไม่เปลี่ยนสีและยังได้ทดลองนำข้าวเจ้า ข้าวเหนียว หอมแดง และแหวนเงินต้มกับเห็ดเข็มทองและเห็ดออริจิซึ่งเป็นเห็ดกินได้ก็พบว่าไม่เปลี่ยนสีเช่นกัน สำหรับการปฐมพยาบาลจะไม่แนะนำกระตุ้นให้อาเจียนเนื่องจากทำให้เกิดความล่าช้าในการไปสถานพยาบาล เกิดแผลในช่องปากและลำคอ ความดันโลหิตต่ำหรือระดับเกลือแร่ผิดปกติจากการอาเจียนที่มากเกินไป (ปรีชาพล ปึ้งผลพลู และคณะ, 2566) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึง ช่องว่างเชิงระบบในการจัดการองค์ความรู้และการสื่อสารความเสี่ยงของภาครัฐ ซึ่งยังไม่สามารถปรับใช้ข้อมูลวิชาการให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชุมชนได้ ในขณะที่การถ่ายทอดภูมิปัญญาผ่านปราชญ์ชาวบ้านมีอิทธิพลสูงกว่าในการหล่อหลอมความเชื่อและพฤติกรรมการรับประทานเห็ดป่าที่สืบทอดกันมา ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องบูรณาการความรู้ทางวิทยาศาสตร์เข้ากับทุนทางสังคมและวิถีปฏิบัติเดิมของชุมชน เช่น การนำปราชญ์ชาวบ้านหรือ

ผู้ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งเป็นที่เคารพและได้รับความเชื่อถือจากคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความตระหนักรู้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการรับประทานเห็ดป่า

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องและเก็บข้อมูลเฉพาะครัวเรือนในพื้นที่ที่เคยมีผู้ได้รับผลกระทบจากการบริโภคเห็ดพิษ ผลการศึกษาจึงสะท้อนบริบทของกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ ผลการศึกษพบว่าประชาชนยังมีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จึงเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการรับประทานเห็ดพิษได้ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งใกล้ชิดและเข้าใจวิถีชีวิตชุมชนควรส่งเสริมบทบาทปราชญ์ชาวบ้านให้เป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขระดับเขตและจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านเห็ด และภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันพัฒนากลไกด้านการจัดการความเสี่ยง เช่น การเฝ้าระวังเห็ดพิษ การแจ้งเตือนช่วงฤดูฝน การจัดการแหล่งจำหน่ายเห็ดป่า และการสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการการรับรองเห็ดป่าปลอดภัย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต จากผลการวิจัยพบว่าประชาชนมีความเชื่อที่ส่งต่อกันมาหลากหลาย ดังนั้น จึงควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบเห็ดพิษว่าสามารถใช้ได้กับเห็ดพิษกลุ่มใด และควรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมเขียนเห็ดให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องให้กับคนในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค. (2567). โปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ.
- กึ่งจันทร์ มะลิซ้อน, ศกุนตลา ศิริอุดม, ปาหนัน เวชสาน และธนชน เคนสิงห์. (2565). สสำรวจเห็ดป่าในสวนสัตว์
ขอนแก่นและสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพของเห็ดป่า. วารสารเทคโนโลยีและสังคมศาสตร์, (4), 1–8.
- ขวัญเรือน นาคสุวรรณกุล, อัจจิมา ทองบ่อ, ชุติพร จันทระเสนา, วีรณัฐ โคตรวงศ์, สิทธิพร ปานเม่น, ณัฐกานต์ หนู
รุ่น, สุจิตรา สิกพันธุ์, ศิริวรรณ ลือด้ง, พิมพ์อำไพ คงแดง, มณี เขม้นเขตรการ, จตุพร ชัยชนะ, โชติกา
องอาจณรงค์ และเสนีย์ พลราช. (2565). การระบุชนิดเห็ดพิษและเห็ดรับประทานได้ด้วยลักษณะสัญญาณ
วิทยา ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพร่กระจายในประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา, 27(1), 66–84.
- จังหวัดน่าน. (ม.ป.ป.). เอกสารเผยแพร่. <https://readcard.dnp.go.th/km/docs/64403.pdf>
- ปรีชาพล ปึ้งผลพูล, ไอรินดา วิศิษฐ์พรกุล, สุภนุช บุญสุขมาก และธีรพล ใจกล้า. (2566). คู่มือเห็ดพิษ. กรุงเทพฯ:
บริษัท เอ็น บี บี กรุ๊ป จำกัด.
- พรสุตา ไสวรรณ, สิรินาถ เทียนคำ และณัฐพล ปัญญา. (2563). ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติในการเลือกเห็ดเพื่อ
ปรุงอาหารและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อป่วยด้วยโรคเห็ดพิษของเซียนเห็ด อำเภอตระการพืชผล
จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(6), 995–1005.
- สายสมร ลำยอง และสันธิติ วัฒนราษฎร์. (2565). เห็ดพิษในประเทศไทย.
<https://science.royalsociety.go.th/wp-content/uploads/2022/08/4-เห็ดพิษ.pdf>
- สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 13 (แพร่). (2563). เทคนิคการสำรวจความหลากหลายของเห็ดในพื้นที่ป่าอนุรักษ์.
<https://readcard.dnp.go.th/km/docs/64403.pdf>
- Bloom, B. S. (2514). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New
York: McGraw-Hill.
- Daniel. (2542). Daniel sample size calculator. <https://statsmartly.com/Pop/Daniel.php>
- Dimitrova, T. (2564). Ethnomycological research in the field of wild mushrooms and medicinal
plants. Acta Scientifica Naturalis, 8(3), 67–83. <https://doi.org/10.2478/asn-2021-0029>

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8

กัญญารัตน์ สร้อยมาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่างคือเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 276 คน คัดเลือกโดยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามโครงการสถานการณ์และรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายใต้การถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เก็บรวบรวมข้อมูล เดือนตุลาคม 2567 - เดือนเมษายน 2568 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square test และ Odds Ratio (OR) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.81 มีน้ำหนักแรกคลอดปกติ ร้อยละ 88.04 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.49 และได้รับนมแม่ ร้อยละ 85.87 ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ 15,001–25,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.74 ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นมารดา ร้อยละ 49.64 ซึ่งมีความรู้ด้านโภชนาการในระดับสูง ร้อยละ 52.54; ค่าเฉลี่ย 9.06 ± 1.96 คะแนน เด็กส่วนใหญ่ได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 68.48 และมีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 71.38 โดยพบว่าขาดด้านภาษาเป็นหลัก ภาวะโภชนาการส่วนใหญ่ปกติ แต่มีแนวโน้มต่ำ ร้อยละ 59.42 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าส่วนสูงตามเกณฑ์อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.021$, Crude OR = 2.22, 95% CI: 1.12–4.41) โดยเด็กที่เตี้ยมีแนวโน้มพัฒนาการล่าช้าสูงกว่าเด็กที่มีส่วนสูงปกติ 2.22 เท่า จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรมุ่งป้องกันภาวะเด็กเตี้ยตั้งแต่ระยะต้น โดยส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย การดูแลสุขภาพแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง การติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างบูรณาการ ทั้งในระดับครอบครัวและระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านภาษา ผ่านการใช้คู่มือ DSPM อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ควบคู่กับการให้ความรู้ผู้ปกครองเรื่องโภชนาการที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงของเด็กที่เสี่ยงพัฒนาการล่าช้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนนโยบายสุขภาพและส่งเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยของเขตสุขภาพที่ 8 ต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการ, พัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, เขตสุขภาพที่ 8

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

รับบทความ: 11 พฤศจิกายน 2568

แก้ไขเสร็จ: 31 ธันวาคม 2568

ตอบรับบทความ: 31 ธันวาคม 2568

Relationship between Nutrition status and Early Childhood Development in Regional Health 8

Kanyarat Soimalai

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the nutritional status, developmental status, and the relationship between nutritional status and early childhood development in Health Region 8. The study sample consisted of 276 early childhood children residing in Health Region 8, selected through purposive sampling. Data were collected using a caregiver interview questionnaire adapted by the researchers from the survey instrument of the project on the situation and models for promoting early childhood development under the transfer of responsibilities to Provincial Administrative Organizations. Data collection was conducted from October 2024 to April 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, and associations were examined using the Chi-square test and Odds Ratio (OR), with the level of statistical significance set at 0.05.

The results showed that most children were male (51.81%), had normal birth weight (88.04%), had no underlying diseases (89.49%), and had been breastfed (85.87%). Nearly half of the families had a monthly income of 15,001–25,000 THB (46.74%). The primary caregivers were mostly mothers (49.64%), over half of whom had a high level of nutritional knowledge (52.54%), with a mean score of 9.06 ± 1.96 . Most children received the DSPM handbook (68.48%) and demonstrated normal developmental status (71.38%), with language delay being the most common area of developmental delay. Overall nutritional status was predominantly normal, although a tendency toward overweight was observed (59.42%). Analysis of the relationship between nutritional status and child development revealed that height-for-age was significantly associated with developmental status ($p = 0.021$, crude OR = 2.22, 95% CI: 1.12–4.41). Children with stunting were 2.22 times more likely to experience developmental delay compared with children of normal height-for-age. Based on these findings, early prevention of stunting should be emphasized through age-appropriate nutrition, continuous maternal and child health care, regular monitoring of growth and development, and integrated early childhood development promotion at both family and public health system levels. Particular emphasis should be placed on language development through correct and continuous use of the DSPM handbook, alongside providing caregivers with appropriate nutritional knowledge to reduce the risk of suspected developmental delay. The findings can serve as evidence for health policy planning and for strengthening early childhood development promotion in Health Region 8.

Keyword: Nutritional status, Development, Early childhood, Health Region 8

Health Center 8 Udon Thani, Department of Health, Ministry of Public Health

Received: 11 November 2025

Revised: 31 December 2025

Accepted: 31 December 2025

บทนำ

เด็กปฐมวัย เป็นช่วงที่มีการพัฒนาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและการเรียนรู้เกิดขึ้นมากที่สุด หากเด็กได้รับการเลี้ยงดู การดูแล รวมถึงมีการพัฒนาที่ดี จะทำให้เด็กเติบโตอย่างมีรากฐานชีวิตที่ มั่นคง มีสุขภาพร่างกายที่ แข็งแรง สมบูรณ์และมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้เด็กเกิดโอกาสในการเรียนรู้และมี พัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ซึ่งเป็นปัจจัยในการกำหนดคุณภาพ ประชากรของประเทศระยะยาว (สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

การเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายด้านสมรรถภาพและหน้าที่ เป็นการ เปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพ ทำให้เกิดทักษะ ความสามารถใหม่ๆ และการปรับตัวด้านต่างๆ อย่างมีแบบแผนและการ ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความสามารถใหม่ๆ เพิ่มขึ้น กัลยา นาคเพ็ชร และคณะ (2548) องค์ประกอบที่มีอิทธิพล ต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น อาหาร ภาวะโภชนาการ การเลี้ยงดู ภาวะ สุขภาพ เป็นต้น พันธุกรรมเป็นตัวถ่ายทอดลักษณะทางสรีระ ทำให้มีโครงสร้างและความสามารถด้านต่างๆ แตกต่างกัน ในขณะที่สิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลในการกำหนดบุคคลแต่ละคนจะมีพัฒนาไปได้อย่างไร การอบรมเลี้ยงดูเป็นสิ่งแวดล้อม สำคัญเป็นตัวเร้าให้มนุษย์แสดงออกซึ่งพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ และมีผลต่อกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ ด้วย เหตุผลดังกล่าวเด็กจึงมีพัฒนาการแตกต่างกัน เนื่องจากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมและการเลี้ยงดูเป็นสำคัญ (Susan Rowen James et al., 2013)

สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการในประเทศไทยพบเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย อ้วน ผอม ร้อยละ 10.6, 9.1 และ 5.6 ตามลำดับ หรือ 1 ใน 10 ของเด็กปฐมวัยไทยมีภาวะเตี้ยหรืออ้วน และเมื่อเด็กเติบโต เข้าสู่วัยเรียนในช่วงอายุ 6 - 14 ปี มีแนวโน้มพบภาวะเตี้ยร้อยละ 8.3 และผอมร้อยละ 4.3 นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะ อ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.1 (กรมอนามัย, 2562) ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มดีกว่าสถานการณ์เฉลี่ยระดับนานาชาติที่ พบว่าอัตราเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่แคระแกร็น อยู่ที่ระดับ 0.89 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานโลกที่กำหนดค่าไว้ใน ระดับ 0.77 (วัลลภ ไทยเหนือ, 2562) และจากรายงานข้อมูลสุขภาพเด็กอายุ 0 - 5 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กเตี้ย ร้อยละ 12 รองลงมา คือ เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 8.7 และผอม ร้อยละ 6.4 (Health Data Center, 2567) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Surveys : MICS) พ.ศ.2565 พบว่าในประเทศไทย เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ยร้อยละ 13 และมีภาวะผอมร้อยละ 7 สาเหตุ เกิดจากการขาดสารอาหารอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยภาวะเตี้ยและผอมมักพบมากในเด็กในครอบครัวยากจน, เด็กในครอบครัวที่ไม่พูดภาษาไทย และเด็กที่แม่มีการศึกษาน้อยหรือไม่มีเลย นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กในจังหวัดชายแดน ภาคใต้ของประเทศไทยเผชิญภาวะเตี้ยสูงสุด คืออยู่ที่ร้อยละ 20 ขณะเดียวกันภาวะอ้วนในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีของ ประเทศไทยก็เพิ่มสูงขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 11 ในปี 2565 โดยมีสาเหตุหลักมาจากการ บริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและไขมันสูง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ & องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย, 2566) สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565-2567) เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสัดส่วน ร้อยละ 56.69, 58.05 และ 62.34 ตามลำดับ สำหรับปัญหาทุพโภชนาการของเด็กพบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 12.62, 11.92 และ 10.73 ตามลำดับ ภาวะผอม ร้อยละ 6.88, 7.50 และ 6.72 และภาวะเริ่มอ้วน และอ้วน ร้อยละ 9.63, 8.22 และ 7.30 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567)

สำหรับสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อติดตามเฝ้าระวัง พัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้เครื่องมือ Denver II ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กมาตรฐานสากล อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 , 2547, 2550, 2553, 2557, 2560 และ 2564 พบว่าสถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัยยังคง ที่และมีแนวโน้มลดลงที่ ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0, 67.5 และ 70.3 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าสถิติองค์การ อนามัยโลก ที่พบร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัยทั่วโลก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงสุด คือ ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) ร้อยละ 75.3 และรองลงมา คือ ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) ร้อยละ 61.3 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง (พ.ศ. 2562-2566) พบว่าเด็กมี พัฒนาการสงสัยล่าช้า

ด้านภาษามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, 2567) นอกจากเครื่องมือ Denver II แล้ว ยังมีคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่หน่วยงานสาธารณสุขนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก เพื่อค้นหาเด็กที่เสี่ยงจะมีพัฒนาการไม่สมวัย (Early Detection) และเพื่อให้คำแนะนำ ส่งเสริมพัฒนาการโดยเร็ว (Early Intervention) ที่ช่วยให้พ่อแม่และครูสามารถใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ จากสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565-2567) เขตสุขภาพที่ 8 พบว่ามีเด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 91.14, 80.91 และ 70.81 ตามลำดับ และพบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 26.41, 25.29 และ 25.30 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567)

จากรายงานสถานการณ์แสดงให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 8 ยังคงมีปัญหาทุพโภชนาการและพัฒนาการสมวัยที่น้อยกว่าค่าเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสกลนครและจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งพบเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 18.10 และ 15.44 ตามลำดับ (ค่าเป้าหมาย $\geq$ 86) โดยจะเห็นได้ว่าทั้งสองจังหวัดนี้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีการกิจในการส่งเสริมสุขภาพไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เช่น จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดหนองคาย ที่พบว่ามีเด็กพัฒนาการสมวัยร้อยละ 32.13 และ 26.47 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567) แต่อย่างไรก็ดีการดำเนินการดังกล่าวก็ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ ทั้งนี้ อาจมีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่เคยมีการศึกษาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เพื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริม เฝ้าระวัง และแก้ปัญหา โภชนาการและพัฒนาการแก่เด็กปฐมวัยในพื้นที่ให้เหมาะสมตามบริบทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8

ขอบเขตการศึกษา

1) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 11,762

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3,318 คน ประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,867 คน เนื่องจากทั้ง 2 จังหวัด เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายสูงและมีบริบทพื้นที่ แตกต่างกันสามารถสะท้อนสถานการณ์โภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยของเขตสุขภาพที่ 8 ได้อย่างเหมาะสม

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8

2) ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและจัดเก็บข้อมูล คือ ตำบลหมากแข้ง ตำบลนาแก อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ตำบลนาเพียง ตำบลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

3) ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กกลุ่มเป้าหมายที่มีช่วงอายุครบตรวจพัฒนาการตามช่วงวัย (5 ช่วงวัย) เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2568 โดยผู้วิจัยได้ทำการใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

4) ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประมาณ เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนเมษายน 2568

นิยามศัพท์

1) เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุ 5 ช่วงวัยตามการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ดังนี้

- อายุตั้งแต่ 9 เดือนถึง 9 เดือน 29 วัน
- อายุตั้งแต่ 18 เดือนถึง 18 เดือน 29 วัน
- อายุตั้งแต่ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน
- อายุตั้งแต่ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน
- อายุตั้งแต่ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วัน

2) เขตสุขภาพที่ 8 หมายถึง เขตพื้นที่สำหรับดำเนินงานด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร จังหวัดเลย จังหวัดบึงกาฬ จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดหนองคาย และจังหวัดนครพนม

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นเด็กสัญชาติไทย ที่มีอายุ 5 ช่วงวัย ดังนี้
 - อายุตั้งแต่ 9 เดือนถึง 9 เดือน 29 วัน
 - อายุตั้งแต่ 18 เดือนถึง 18 เดือน 29 วัน
 - อายุตั้งแต่ 30 เดือนถึงอายุ 30 เดือน 29 วัน
 - อายุตั้งแต่ 42 เดือนถึงอายุ 42 เดือน 29 วัน
 - อายุตั้งแต่ 60 เดือนถึงอายุ 60 เดือน 29 วัน
- 2) มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัมขึ้นไป
- 3) ไม่มีภาวะ Birth Asphyxia
- 4) ไม่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์
- 5) เด็กที่ไม่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก
- 6) ผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถให้ประวัติได้ครบถ้วนและมีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- 7) ได้รับการยินยอมจาก พ่อ แม่ หรือผู้เลี้ยงดูหลักในการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

เด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพขณะทำการศึกษา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลแจกแจง นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องในกรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติ นำเสนอ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไค-สแควร์และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2568

พื้นที่การศึกษา ตำบลหมากแข้ง ตำบลนาแก อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ตำบลนาเพียง ตำบลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 11,762 คน ประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3,318 คน ประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,867 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 จากประชากรเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายในจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนคร จากนั้นกระจายขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม

สัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละจังหวัด (Proportional allocation) ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเป้าหมาย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 160 คน กลุ่มเด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดสกลนคร จำนวน 136 คน รวมทั้งสิ้น 296 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยสุ่มตัวอย่างจากจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนคร จังหวัดละ 2 ตำบล จำนวนทั้งสิ้น 4 ตำบล โดยจังหวัดอุดรธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 80 คน และจังหวัดสกลนคร สุ่มกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 68 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 296 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1) เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล (ความละเอียด 0.1 กิโลกรัม) และเครื่องวัดส่วนสูง (ความละเอียด 0.1 เซนติเมตร)
- 2) การประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเด็ก 0-5 ปี ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ.2564
- 3) การประเมินพัฒนาการเด็ก ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ปี 2565
- 4) แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า จากแบบสอบถามโครงการสถานการณ์และรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยภายใต้การถ่ายโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยปรับปรุงข้อความคำถามด้านโภชนาการของเด็กปฐมวัยเพิ่มเติมจากข้อความของโครงการฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ มารดา บิดา หรือผู้ดูแลเด็ก ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วยข้อมูลของครอบครัวเด็ก ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก ข้อมูลการได้รับบริการสาธารณสุข (ดูจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก) และแบบบันทึกการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง/ความยาวของเด็ก

สถิติที่ใช้ในการศึกษา สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ (Multiple logistic regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประเภทโครงการวิจัยแบบเต็มชุด (Full Board Review) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี ตามหนังสือรับรองเลขที่ HPC08031 ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก

ลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.81 มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ระหว่าง 2,500–3,999 กรัม ร้อยละ 88.04 และส่วนมากเป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 42.03 ส่วนใหญ่คลอดในโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 96.74 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.49 และไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 68.12 ในกลุ่มที่เคยนอนโรงพยาบาล สาเหตุที่พบมากที่สุดคือป่วยเป็นไข้สูง ร้อยละ 40.91 โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์การนอนโรงพยาบาลเพียง 1 ครั้ง ร้อยละ 60.23 เกินกว่าครึ่งยังไม่ได้เข้า ศพด. ร้อยละ 51.81 ส่วนใหญ่ได้รับนมแม่ ร้อยละ 85.87 รูปแบบการกินนมส่วนมากคือได้กินนมแม่ร่วมกับนมผสม ร้อยละ 80.43 ระยะเวลาการกินนมแม่อย่างเดียว นานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 62.68 การกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยกินทุกวันหรือกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามชนิดของยา ร้อยละ 40.58 ดื่มนมจืด ร้อยละ 80.80 ดื่มน้ำวันละ 1–2 กลัอง ร้อยละ 39.9 ส่วนใหญ่ฟันไม่ผุ ร้อยละ 68.84 ใช้เกลือ/เครื่องปรุงรสอาหาร ที่มีส่วนผสมของไอโอดีน ร้อยละ 64.49 เด็กเกือบทั้งหมดได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ ร้อยละ 96.01 พื้นฐานอารมณ์ของเด็กตามความคิดเห็นของผู้เลี้ยงดูหลักพบว่าเด็กส่วนใหญ่เลี้ยงง่าย ร้อยละ 76.09 พบว่าเด็กเริ่มสัมผัสหน้าจอบริเวณอายุ 2 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 41.30 และใช้เวลาในการดูสื่อไม่เกิน 30 นาทีต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 43.12 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
เพศของเด็ก		
ชาย	143	51.81
หญิง	133	48.19
น้ำหนักแรกคลอด		
น้อยกว่า 2,500 กรัม	30	10.87
2,5000 – 3,999 กรัม	243	88.04
4,000 กรัมขึ้นไป	3	1.09
ลำดับบุตร		
คนที่ 1	116	42.03
คนที่ 2	111	40.22
คนที่ 3 ขึ้นไป	49	17.75
สถานที่คลอด		
รพ.รัฐ	267	96.74
รพ.เอกชน	9	3.26
โรคประจำตัวของเด็ก (ตามที่แพทย์ให้การวินิจฉัย)		
ไม่มีโรคประจำตัว	247	89.49
มีโรคประจำตัว	29	10.51
โรคหอบหืด	15	5.43
โรค G-6PD Deficiency	4	1.45
โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	2	0.72
โรคภูมิแพ้	1	0.36
โรคธาลัสซีเมีย	7	2.54
โรคไทรอยด์	29	10.5
อื่นๆ	15	5.43
การเจ็บป่วยรุนแรงของเด็กจนต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	188	68.12
เคย	88	31.88
สาเหตุการเจ็บป่วยรุนแรงของเด็กจนต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (n=88)		
ไข้สูง	36	40.91
อุบัติเหตุ	3	3.41
อุจจาระร่วง	10	11.36
โรคปอดบวม	7	7.95
อื่นๆ	32	36.36
จำนวนครั้งของการเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล (n=88)		
1 ครั้ง	53	60.23
2 ครั้ง	20	22.73
มากกว่า 2 ครั้ง	15	17.05
อายุเด็กตอนเข้า ศพด./เตรียมอนุบาล		
ยังไม่ได้เข้า ศพด./เตรียมอนุบาล	143	51.81
1-2 ปี	52	18.84
มากกว่า 2 ปี	81	29.35
เด็กได้กินนมแม่หรือไม่		
ไม่กิน	39	14.13
กิน	237	85.87
รูปแบบการกินนมแม่		
นมแม่อย่างเดียว	54	19.57
นมแม่และนมผสมหรือน้ำ	222	80.43
ระยะเวลาการกินนมแม่อย่างเดียว		
น้อยกว่า 6 เดือน	103	37.32
6 เดือนขึ้นไป	173	62.68

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
การกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		
กินทุกวัน หรือกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามชนิดของยา	112	40.58
กิน ไม่สม่ำเสมอ	54	19.57
ไม่ได้กิน	110	39.86
การแพ้อาหาร		
ไม่แพ้	259	93.84
แพ้	17	6.16
การดื่มนมจืด		
ไม่ดื่ม	53	19.20
ดื่ม	223	80.80
จำนวนนมจืดที่ดื่ม/วัน (n=223)		
1-2 กล่อง	89	39.9
3-4 กล่อง	68	30.5
5-6 กล่อง	42	18.8
มากกว่า 6 กล่อง	24	10.8
สุขภาพฟัน		
ไม่ผุ	190	68.84
ไม่ผุ มีคราบเหลือง/น้ำตาล	20	7.25
ผุ	66	23.91
ใช้เกลือ/เครื่องปรุงรสอาหาร ที่มีส่วนผสมของไอโอดีน		
ไม่ใช้	98	35.51
ใช้	178	64.49
การได้รับวัคซีนตามกำหนด		
ไม่ได้รับ	4	1.45
ได้รับ แต่ไม่ครบ	7	2.54
ได้รับครบ	265	96.01
พื้นฐานอารมณ์ของเด็กตามความคิดเห็นของผู้เลี้ยงดูหลัก		
เลี้ยงง่าย	210	76.09
ปรับตัวช้า	1	.36
เลี้ยงยาก	9	3.26
แบบผสม	56	20.29
อายุที่เด็กเริ่มดู/สัมผัสจอ		
ยังไม่ให้ดู/สัมผัสจอ	65	23.56
น้อยกว่า 2 ปี	97	35.14
2 ปี ขึ้นไป	114	41.30
ระยะเวลาในการสัมผัสจอ/วัน (เวลารวมตลอดทั้งวัน)		
น้อยกว่า 30 นาที	119	43.12
30 – 60 นาที	63	22.82
มากกว่า 60 นาที	94	34.06

2. ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแลหลักของเด็ก

จากการศึกษาพบว่า การศึกษาของพ่อส่วนใหญ่จบในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 24.28 ขณะที่การศึกษาของแม่ส่วนใหญ่จบในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เช่นกัน ร้อยละ 30.07 สำหรับประวัติการตั้งครรภ์ของแม่ พบว่ามีการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากที่สุด ร้อยละ 39.86 และจำนวนบุตรในครอบครัว ส่วนใหญ่มีบุตรเพียง 1 คน ร้อยละ 43.84 ด้านสุขภาพของแม่ พบว่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ร้อยละ 42.03 และแม่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 71.38 อีกทั้งยังฝากครรภ์ครบทุกครั้ง ร้อยละ 76.09 ส่วนภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 85.14 สำหรับการดูแลสุขภาพด้วยการกินยาวิตามิน พบว่า ก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้กิน ร้อยละ 70.65 แต่ในระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่กินวิตามินเป็นประจำ ร้อยละ 77.54 ในด้านเศรษฐกิจและครอบครัว พบว่ารายได้ครอบครัวส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ระหว่าง

15,001 – 25,000 บาท ร้อยละ 46.74 และสถานภาพของพ่อแม่ ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.83 ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กคือแม่มากที่สุด ร้อยละ 49.64 และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.03 เมื่อพิจารณาอายุของผู้เลี้ยงดูหลัก พบว่ามีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 28.99 การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่จบในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.30 และอาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก พบว่ามีอาชีพด้านเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 36.59 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแลหลักของเด็ก

ข้อมูลผู้เลี้ยงดูเด็กและครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาของพ่อ		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	1.45
ประถมศึกษา	51	18.48
มัธยมศึกษาตอนต้น	57	20.65
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	67	24.28
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	45	16.30
ปริญญาตรี	29	10.51
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.36
ไม่ทราบ	22	7.97
การศึกษาของแม่		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00
ประถมศึกษา	33	11.96
มัธยมศึกษาตอนต้น	74	26.81
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	83	30.07
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	31	11.23
ปริญญาตรี	50	18.12
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.36
ไม่ทราบ	4	1.45
ประวัติการตั้งครรภ์ของแม่ (ครั้ง)		
1 ครั้ง	110	39.86
2 ครั้ง	103	37.32
3 ครั้ง ขึ้นไป	63	22.83
จำนวนบุตร (คน)		
1 คน	121	43.84
2 คน	113	40.94
3 คน ขึ้นไป	42	15.22
ดัชนีมวลกายของแม่ก่อนตั้งครรภ์ (BMI)		
น้ำหนักน้อย (≤ 18.5)	51	18.48
น้ำหนักปกติ (18.5-22.9)	116	42.03
น้ำหนักเกิน (23.0-29.9)	93	33.70
อ้วน (≥ 30.0)	16	5.80
อายุครรภ์ครั้งแรกที่ฝากครรภ์		
≤ 12 สัปดาห์	197	71.38
13 สัปดาห์ขึ้นไป	79	28.62
ฝากครรภ์ครบทุกครั้ง		
ครบ	210	76.09
ไม่ครบ	60	21.74
ไม่ทราบ	6	2.17
แม่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์		
มี	41	14.86
ไม่มี	235	85.14
การกินยาวิตามินของแม่ก่อนตั้งครรภ์		

ข้อมูลผู้เลี้ยงดูเด็กและครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
กินทุกวัน หรือกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามชนิดของยา	60	21.74
กิน ไม่สม่ำเสมอ	21	7.61
ไม่ได้กิน	195	70.65
การกินยาวิตามินของแม่ระหว่างตั้งครรภ์		
กินทุกวัน หรือกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามชนิดของยา	214	77.54
กิน ไม่สม่ำเสมอ	37	13.41
ไม่ได้กิน	25	9.06
รายได้ของครอบครัว		
น้อยกว่า 15,000 บาท	88	31.88
15,001 – 25,000 บาท	129	46.74
25,000 – 35,000 บาท	59	21.38
สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก		
อยู่ด้วยกัน	201	72.83
อยู่คนละที่	19	6.88
แยกทางกัน	53	19.20
หม้าย	3	1.09
ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็ก		
พ่อ	12	4.35
แม่	137	49.64
ตา/ปู่/ยาย/ย่า	127	46.01
เพศของผู้เลี้ยงดูหลัก		
ชาย	22	7.97
หญิง	254	92.03
อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก		
น้อยกว่า 20 ปี	5	1.81
21-30 ปี	72	26.09
31-40 ปี	75	27.17
41-50 ปี	44	15.94
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	80	28.99
การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.09
ประถมศึกษา	114	41.30
มัธยมศึกษาตอนต้น	48	17.39
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	60	21.74
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	21	7.61
ปริญญาตรี	25	9.06
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.09
ไม่ทราบ	2	0.72
อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก		
เกษตรกรกรรม	101	36.59
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	81	29.35
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	34	12.32
รับจ้างทั่วไป	43	15.58
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	4.71
พนักงานเอกชน	4	1.45

3. ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM

จากการศึกษาพบว่า เด็กส่วนใหญ่ได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 68.48 โดยส่วนใหญ่ได้รับจากตึกหลังคลอดมากที่สุด ร้อยละ 76.19 สำหรับการใช้คู่มือ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการสอนวิธีใช้คู่มือ DSPM มากที่สุด ร้อยละ 79.37 และในกลุ่มที่ได้รับการสอน ส่วนใหญ่เข้าใจวิธีการใช้คู่มือ ร้อยละ 88.67 ขณะที่การอธิบายโดย อสม.

พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้อธิบาย ร้อยละ 66.67 แต่ในกลุ่มที่ได้รับการอธิบาย ส่วนใหญ่เข้าใจ ร้อยละ 90.48 ด้านการปฏิบัติ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการอ่านคู่มือ DSPM ร้อยละ 74.07 และเมื่อนำวิธีการส่งเสริมพัฒนาการมาใช้ พบว่า ส่วนใหญ่นำมาใช้บ้างเป็นครั้งคราว ร้อยละ 66.67 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM (n=276)

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับคู่มือ DSPM		
ได้	189	68.48
ไม่ได้	87	31.52
การได้รับคู่มือ DSPM (n=189)		
เมื่อมาฝากครรภ์	11	5.82
ตึกหลังคลอด	144	76.19
การเยี่ยมบ้านหลังคลอด	20	10.58
เมื่อพาลูกมารับวัคซีน	10	5.29
อื่นๆ	4	2.12
การสอนใช้คู่มือ DSPM โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=189)		
สอน	150	79.37
ไม่สอน	39	20.63
ความเข้าใจการสอนใช้คู่มือ DSPM โดยเจ้าหน้าที่ (n=150)		
เข้าใจ	133	88.67
ไม่เข้าใจ	17	11.33
การอธิบายใช้คู่มือ DSPM โดย อสม. (n=189)		
อธิบาย	63	33.33
ไม่อธิบาย	126	66.67
ความเข้าใจการอธิบายใช้คู่มือ DSPM โดย อสม. (n=63)		
เข้าใจ	57	90.48
ไม่เข้าใจ	6	9.52
การได้อ่านคู่มือ (n=189)		
อ่าน	140	74.07
ไม่ได้อ่าน	49	25.93
การนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกหรือเล่นกับเด็ก (n=189)		
นำมาใช้บ่อยๆ เกือบทุกวัน	28	14.81
นำมาใช้บ้าง นานๆ ครั้ง	126	66.67
ไม่ได้นำมาใช้เลย	35	18.52

4. พัฒนาการเด็ก

จากเด็กที่เข้ารับการประเมินพัฒนาการทั้งหมด 276 คน พบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับการคัดกรองในช่วงอายุ 18 เดือน (ร้อยละ 21.74) รองลงมาคือช่วงอายุ 60 เดือน (ร้อยละ 21.38) และ 42 เดือน (ร้อยละ 20.29) ขณะที่อายุ 30 เดือน และ 9 เดือน มีสัดส่วนร้อยละ 18.48 และ 18.12 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผลการคัดกรองพัฒนาการรวมทุกช่วงอายุ เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการปกติ ร้อยละ 71.38 ขณะที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 28.62 โดยเมื่อลงลึกเป็นรายด้าน พบว่า ล่าช้ามากที่สุดในด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language; RL) ร้อยละ 46.38 รองลงมาคือด้านการใช้ภาษา (Expressive Language; EL) ร้อยละ 44.20 กล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine Motor; FM) ร้อยละ 34.06 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (Personal-Social; PS) ร้อยละ 25.00 และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross Motor; GM) ร้อยละ 15.58 สำหรับจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่าส่วนใหญ่ล่าช้าเพียง 1 ด้าน ร้อยละ 30.96 รองลงมาคือ ล่าช้า 2 ด้าน ร้อยละ 29.95 ล่าช้า 3 ด้าน ร้อยละ 19.80 ล่าช้า 4 ด้าน ร้อยละ 15.23 และล่าช้า 5 ด้าน ร้อยละ 4.06 พัฒนาการเด็กแยกตามกลุ่มอายุ

อายุ 9 เดือน เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการปกติ ร้อยละ 70.00 ขณะที่สงสัยล่าช้า ร้อยละ 30.00 โดยพบมากที่สุดในการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 18.00 รองลงมาคือกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 16.00 การเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 8.00 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 6.00 และกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ 4.00 สำหรับจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่าส่วนใหญ่ล่าช้า 1 ด้าน ร้อยละ 20.00

อายุ 18 เดือน เด็กส่วนใหญ่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 90.00 โดยพบมากที่สุดในการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 50.00 กล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ 35.00 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 20.00 และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 6.67 ส่วนจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่า ล่าช้า 1 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 38.33

อายุ 30 เดือน เด็กส่วนใหญ่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 74.51 โดยพบมากที่สุดในด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) และการเข้าใจภาษา (RL) เท่ากันที่ร้อยละ 19.61 รองลงมาคือการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 17.65 กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 11.76 และทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 5.88 สำหรับจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่า ล่าช้า 3 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 50.98

อายุ 42 เดือน เด็กส่วนใหญ่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 76.79 โดยพบมากที่สุดในด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ 66.07 รองลงมาคือการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 30.36 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 39.29 กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 23.21 และการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 16.07 ส่วนจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่า ล่าช้า 2 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 25.00

อายุ 60 เดือน เด็กส่วนใหญ่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 60.71 โดยพบมากที่สุดในการใช้ภาษา (EL) และการเข้าใจภาษา (RL) เท่ากันที่ร้อยละ 67.80 รองลงมาคือกล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM) ร้อยละ 32.20 ทักษะส่วนบุคคลและสังคม (PS) ร้อยละ 16.95 และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) ร้อยละ 10.17 สำหรับจำนวนด้านที่สงสัยล่าช้า พบว่าล่าช้า 2 ด้านมากที่สุด ร้อยละ 33.90 ดังตาราง 4

ตาราง 4 พัฒนาการเด็ก (n=276)

พัฒนาการเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
อายุของเด็กที่คัดกรองพัฒนาการ (ณ วันประเมินพัฒนาการ)		
9 เดือน – 9 เดือน 29 วัน	50	18.12
18 เดือน – 18 เดือน 29 วัน	60	21.74
30 เดือน – 30 เดือน 29 วัน	51	18.48
42 เดือน – 42 เดือน 29 วัน	56	20.29
60 เดือน – 60 เดือน 29 วัน	59	21.38
พัฒนาการเด็ก (รวมทุกอายุ) (n=276)		
พัฒนาการปกติ	197	71.38
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	79	28.62
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	43	15.58
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	94	34.06
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	122	44.20
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	128	46.38
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	69	25.00
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	61	30.96
ล่าช้า 2 ด้าน	59	29.95
ล่าช้า 3 ด้าน	39	19.80
ล่าช้า 4 ด้าน	30	15.23
ล่าช้า 5 ด้าน	8	4.06
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 9 เดือน (n=50)		
พัฒนาการปกติ	35	70.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	15	30.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	8	16.00

พัฒนาการเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	2	4.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	9	18.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	4	8.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	3	6.00
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	10	20.00
ล่าช้า 2 ด้าน	2	4.00
ล่าช้า 3 ด้าน	1	2.00
ล่าช้า 4 ด้าน	1	2.00
ล่าช้า 5 ด้าน	1	2.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 18 เดือน (n=60)		
พัฒนาการปกติ	6	10.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	54	90.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	4	6.67
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	21	35.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	30	50.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	42	70.00
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	12	20.00
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	23	38.33
ล่าช้า 2 ด้าน	13	21.67
ล่าช้า 3 ด้าน	13	21.67
ล่าช้า 4 ด้าน	4	6.67
ล่าช้า 5 ด้าน	1	1.67
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 30 เดือน		
พัฒนาการปกติ	13	25.49
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	38	74.51
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	6	11.76
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	10	19.61
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	9	17.65
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	10	19.61
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	3	5.88
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	12	23.53
ล่าช้า 2 ด้าน	15	29.41
ล่าช้า 3 ด้าน	26	50.98
ล่าช้า 4 ด้าน	33	64.71
ล่าช้า 5 ด้าน	22	43.14
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 42 เดือน		
พัฒนาการปกติ	13	23.21
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	43	76.79
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	13	23.21
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	37	66.07
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	17	30.36
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	9	16.07
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	22	39.29
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	13	23.21
ล่าช้า 2 ด้าน	14	25.00
ล่าช้า 3 ด้าน	9	16.07
ล่าช้า 4 ด้าน	5	8.93
ล่าช้า 5 ด้าน	2	3.57

พัฒนาการเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มเด็กอายุ 60 เดือน		
พัฒนาการปกติ	22	39.29
พัฒนาการสงสัยล่าช้า	34	60.71
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน GM	6	10.17
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน FM	19	32.20
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน EL	40	67.80
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน RL	40	67.80
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้าน PS	10	16.95
จำนวนด้านที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า		
ล่าช้า 1 ด้าน	9	15.3
ล่าช้า 2 ด้าน	20	33.9
ล่าช้า 3 ด้าน	7	11.9
ล่าช้า 4 ด้าน	10	16.9
ล่าช้า 5 ด้าน	1	1.7

5. ภาวะโภชนาการเด็ก

จากการประเมินภาวะโภชนาการของเด็กตามเกณฑ์น้ำหนักตามอายุ พบว่า เด็กส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 69.20 รองลงมาคือกลุ่มที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.51 กลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.14 น้ำหนักค่อนข้างมาก ร้อยละ 5.80 และน้ำหนักค่อนข้างน้อย ร้อยละ 4.35 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เด็กส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.87 รองลงมาคือกลุ่มที่สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 15.58 เตี้ย ร้อยละ 11.23 ค่อนข้างสูง ร้อยละ 9.06 และค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 3.26 ในด้านน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า เด็กส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มท้วม ร้อยละ 59.42 รองลงมาคือสมส่วน ร้อยละ 19.93 อ้วน ร้อยละ 6.88 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 5.43 น้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน ร้อยละ 4.35 และผอม ร้อยละ 3.99 ภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน ร้อยละ 40.22 ดังตาราง 5

ตาราง 5 ภาวะโภชนาการของเด็ก

ภาวะโภชนาการเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ		
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (<-2 SD)	29	10.51
น้ำหนักค่อนข้างน้อย (<-1.5 SD ถึง -2 SD)	16	5.80
น้ำหนักตามเกณฑ์ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	191	69.20
น้ำหนักค่อนข้างมาก (>+1.5 SD ถึง +2 SD)	12	4.35
น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (>+2 SD)	28	10.14
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
เตี้ย (<-2 SD)	43	15.58
ค่อนข้างเตี้ย (<-1.5 SD ถึง -2 SD)	25	9.06
ส่วนสูงตามเกณฑ์ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	168	60.87
ค่อนข้างสูง (>+1.5 SD ถึง +2 SD)	9	3.26
สูงกว่าเกณฑ์ (>+2 SD)	31	11.23
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง		
ผอม (<-2 SD)	19	6.88
ค่อนข้างผอม (<-1.5 SD ถึง -2 SD)	12	4.35
สมส่วน (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	164	59.42
ท้วม (>+1.5 SD ถึง +2 SD)	55	19.93
น้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน (>+2 SD ถึง +3 SD)	15	5.43
อ้วน (>+3 SD)	11	3.99
สูงดีสมส่วน		
ไม่สูงดีสมส่วน	165	59.78
สูงดีสมส่วน	111	40.22

6. ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก

จากการประเมินความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กเกี่ยวกับโภชนาการเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ตอบถูกในระดับสูงแทบทุกข้อ โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การให้เด็กกินอาหารหลากหลายประเภทต่อวัน ช่วยให้เด็กได้รับพลังงานและสารอาหารครบถ้วนเพียงพอ (ร้อยละ 96.38) รองลงมาคือ การกินผักหลากหลายสีช่วยเสริมภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 96.01) และ การรับประทานเนื้อสัตว์หรือตับเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 94.20) ในขณะที่ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การจัดอาหารให้เด็กกินในปริมาณมากเพื่อป้องกันการผอมและขาดสารอาหาร ซึ่งถือเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน พบว่ามีเพียงร้อยละ 60.51 ที่ตอบถูก รองลงมาคือ การให้เด็กกินอาหารธรรมชาติปรุงรสน้อยไม่ได้ทำให้เสี่ยงขาดสารอาหาร (ตอบถูกร้อยละ 61.23) และ น้ำอัดลมเป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีคุณค่าต่อร่างกาย (ตอบถูกร้อยละ 69.93) แสดงให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูบางส่วนยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในประเด็นการจัดปริมาณอาหาร การใช้รสชาติ และเครื่องดื่มหวาน ดังตาราง 6

ตาราง 6 ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก

ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การให้เด็กกินอาหารที่หลากหลายประเภทต่อวัน ทำให้เด็กได้รับพลังงาน สารอาหารครบถ้วนเพียงพอ	266	96.38
2. อาหารจำพวกข้าว แป้ง น้ำตาล มันและเผือก เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวโพด ช่วยให้พลังงานและความอบอุ่นกับร่างกาย	251	90.94
3. การรับประทานเนื้อสัตว์ ตับสัตว์ เลือดสัตว์ เพื่อให้ได้รับธาตุเหล็ก เป็นการป้องกันภาวะซีด/โลหิตจางในเด็กได้	260	94.20
4. เพื่อให้เด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอ “ไม่” ควรให้เด็กได้กินขนมหวานแทนการกินผลไม้ทุกมื้อ	207	75.00
5. ควรจัดอาหารให้เด็กกินในปริมาณมาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผอมหรือขาดสารอาหาร	167	60.51
6. การใช้เกลือหรือเครื่องปรุงรสที่มีไอโอดีนปรุงประกอบอาหาร เพื่อเป็นการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เด็กฉลาด	239	86.59
7. การให้เด็กกินอาหารธรรมชาติ ปรุงรสน้อย จะทำให้เด็กกินอาหารได้น้อย เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้	169	61.23
8. เด็กที่ไม่ชอบดื่มนมวัวหรือแพ้นมวัว สามารถดื่มนมถั่วเหลืองทดแทนได้	228	82.61
9. การดื่มนมเปรี้ยว/ และหรือนมหวานเป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน	224	81.16
10. เด็กควรกินผักหลากหลายสี เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ช่วยการขับถ่าย ชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง	265	96.01
11. หากเด็กไม่กินอาหารมื้อหลัก สามารถให้เด็กกินขนมกรุบกรอบ และ/หรือขนมหวานแทนได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขาดสารอาหาร	212	76.81
12. น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เป็นเครื่องดื่มที่มีคุณค่าต่อร่างกาย ทำให้เด็กมีรูปร่างอ้วนท้วนสมบูรณ์	193	69.93

7. ระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 52.54) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.61) และระดับต่ำ (ร้อยละ 14.86) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 9.06 ± 1.96 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน ค่าต่ำสุดที่ได้ 2 คะแนน และสูงสุด 12 คะแนน โดยสรุป ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเด็กในระดับสูง โดยเฉพาะประเด็นสำคัญ เช่น การกินอาหารครบ 5 หมู่ การกินผักหลากสี และการป้องกันภาวะโลหิตจาง อย่างไรก็ตาม ยังมีบางประเด็นที่ควรได้รับการเน้นย้ำเพิ่มเติม ได้แก่ การจัดปริมาณอาหารให้เหมาะสม การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มหวาน และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปรุงรสอาหารและการเลือกเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ ดังตาราง 7

ตาราง 7 ระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก

ระดับความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการบริโภคอาหารของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)	41	14.86
ความรู้ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	90	32.61
ความรู้ระดับสูง (10-12 คะแนน)	145	52.54
$\bar{X} \pm S.D.$	9.06 $\pm$ 1.96	
min,max	2.00, 12.00	

8. ความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า น้ำหนักตามเกณฑ์อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($p=0.242$, Crude OR:1.22, 95% CI: 0.69-2.17) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเด็กที่ค่อนข้างเตี้ยหรือเตี้ยมีแนวโน้มพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ 2.22 เท่า ($p=0.021$, Crude OR:2.22, 95% CI: 1.12-4.41) น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($p=0.060$, Crude OR:0.66, 95% CI: 0.36-1.02) สูงดีสมส่วนไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($p=0.951$, Crude OR: 1.02, 95% CI: 0.60-1.73) ดังตาราง 8

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย (simple logistic regression): วิเคราะห์รายตัวแปร

ภาวะโภชนาการ	พัฒนาการ		Crude OR (95% CI)	p-value
	จำนวน สงสัยล่าช้า	จำนวน สมวัย		
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ				
น้ำหนักไม่ตามเกณฑ์	63 (74.10)	22 (25.90)	1.22	0.242
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	134 (70.20)	57 (29.80)	(0.69-2.17)	
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ				
ค่อนข้างเตี้ย-เตี้ย	56 (82.40)	12 (17.60)	2.22	0.021*
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	141 (67.80)	67 (32.20)	(1.12-4.41)	
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง				
ไม่สมส่วน	73 (65.20)	39 (34.80)	0.60	0.060
สมส่วน	124 (75.60)	40 (24.40)	(0.36-1.02)	
สูงดีสมส่วน				
ไม่สูงดีสมส่วน	118 (71.50)	47 (28.50)	1.02	0.951
สูงดีสมส่วน	79 (71.20)	32 (28.80)	(0.60-1.73)	

อภิปรายผล

ลักษณะส่วนบุคคลของเด็กข้อมูลครอบครัวและผู้เลี้ยงดูหลักของเด็ก เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 2,500–3,999 กรัม ส่วนมากเป็นบุตรคนแรก และคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ เด็กส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และได้รับนมแม่ โดยมีพื้นฐานอารมณ์เลี้ยงง่าย สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมในช่วงปฐมวัย (WHO, 2020) บิดาและมารดาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ปานกลาง มีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นมารดา โดยมีอาชีพด้านเกษตรกรรม ครอบครัวส่วนใหญ่มีบิดา มารดาอาศัยอยู่ร่วมกัน และมารดาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ สะท้อนถึงพื้นฐานทางครอบครัวที่มั่นคงและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่เหมาะสม สำหรับครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อทิพย์ โกมลวาทิน (2563) พบว่า ส่วนใหญ่พ่อแม่จะเป็นผู้ดูแลเด็กโดยตรง และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา พ่อแม่เด็กมีอาชีพรับจ้างทำเกษตรกรรมในพื้นที่เป็นหลัก จึงเอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตรเอง

และการที่พ่อแม่มีการศึกษาระดับปานกลาง ทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์และมีการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กมีน้ำหนักแรกคลอดตามเกณฑ์ และได้รับวัคซีนตามกำหนด

พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM) โดยได้รับจากตึกหลังคลอด และได้รับการสอนวิธีใช้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่เข้าใจวิธีใช้คู่มืออย่างถูกต้อง และมีการนำแนวทางไปปฏิบัติจริงบ้างเป็นครั้งคราว แสดงถึงการเข้าถึงเครื่องมือส่งเสริมพัฒนาการที่มีคุณภาพ แม้การปฏิบัติยังไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมยุดา นาครัตน์ และคณะ (2564) พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่ได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 88.6 และในจำนวนผู้ได้รับคู่มือไม่เคยอ่านคู่มือ DSPM ที่ได้รับถึงร้อยละ 36

พัฒนาการของเด็ก เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตาม ยังพบเด็กบางส่วนสงสัยว่ามิพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะด้านภาษา ทั้งการเข้าใจและการใช้ภาษา ทั้งนี้ เด็กส่วนใหญ่ที่มีพัฒนาการล่าช้า จะล่าช้าเพียง 1 ด้าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาในช่วงปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมยุดา นาครัตน์ และคณะ (2564) พบว่าเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 11 ในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักที่ไม่อ่านคู่มือ DSPM พบจำนวนเด็กมีพัฒนาการล่าช้า และล่าช้าทุกด้านมากกว่า 2 เท่า ของจำนวนที่มีพัฒนาการปกติ

ภาวะโภชนาการของเด็กส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตาม พบแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการในระดับสูง ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการวางแผนโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในอนาคต สอดคล้องกับ World Health Organization (2024) เป้าหมายย่อยที่ 2.2 การยุติภาวะทุพโภชนาการ พบว่าความชุกของภาวะทุพโภชนาการในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ภาวะพอมแห้ง และภาวะอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่าค่าเป้าหมายโภชนาการระดับโลก พ.ศ.2568 (Global nutrition targets 2025)

ความรู้ด้านโภชนาการของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.06 ± 1.96 จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การให้เด็กบริโภคอาหารหลากหลายชนิดเพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน แต่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนบางประเด็นเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูมีพื้นฐานความรู้ที่ดีแต่ยังต้องเสริมสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดอาหารให้เหมาะสมกับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อทิพย์ โกมลวาทิน (2563) พบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่นำมาใช้เลี้ยงบุตรหลานในระดับดี โดยเฉพาะเรื่องความสำคัญของอาหารมื้อเช้า

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการวิเคราะห์พบว่าส่วนสูงตามเกณฑ์อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.021$) โดยเด็กที่มีส่วนสูงค่อนข้างเตี้ยหรือเตี้ย มีแนวโน้มพัฒนาการล่าช้าสูงกว่าเด็กที่มีส่วนสูงปกติ 2.22 เท่า (95% CI: 1.12–4.41) ขณะที่น้ำหนักตามอายุ ($p = 0.242$) และน้ำหนักตามส่วนสูง ($p = 0.060$) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชอบ เกษโกวิท (2560) ศึกษาภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ในเขต ศูนย์อนามัยที่ 4 พบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี แนวโน้มในเด็กกลุ่มที่เตี้ยจะมีพัฒนาการ ล่าช้าสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพร อึ้งอาภรณ์ (2555) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่ตำบลรอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่าส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในพื้นที่ทำการศึกษามีความชุกของภาวะโภชนาการเกินและอ้วนขึ้น ด้านพัฒนาการเด็กพบภาวะสงสัยพัฒนาการช้า โดยเฉพาะด้านกล่อมเนื้อมัดเล็ก เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการทั้งขาดและเกินเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็ก ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sally Grantham-McGregor et al. (2007) พบว่าเด็กที่มี

ภาวะแคระแกร็น (stunting) เกิดจากการขาดอาหารเป็นระยะเวลานานซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาและภาษา นอกจากนี้ Maureen M Black et al. (2017) ยังชี้ว่า ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต มีผลระยะยาวต่อพัฒนาการสมองและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก ผลการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าส่วนสูงเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในเชิงสุขภาพและพัฒนาการโดยรวม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

- 1) ควรมีการติดตามและเฝ้าระวังโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมตามวัย เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีให้กับเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการส่งเสริมโภชนาการเด็กปฐมวัย
- 3) หน่วยบริการสุขภาพควรดำเนินการคัดกรองภาวะโภชนาการร่วมกับการประเมินพัฒนาการเด็กในทุกครั้งที่เด็กเข้ารับบริการ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที
- 4) ควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง ประเมิน และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะด้านการดูแลเด็กแก่ผู้ปกครอง โดยเน้นความสำคัญของอาหาร การเล่น และการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการของเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้าน

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนคร ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยกับผลการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับอาจนำไปใช้วางแผนหรือกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 8 ในภาพรวมต่อไปในอนาคต
- 2) ควรมีการขยายพื้นที่ศึกษา เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความแตกต่างในด้านปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพที่อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กในแต่ละภูมิภาค
- 3) อาจใช้รูปแบบการศึกษาระยะยาว เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กในช่วงเวลาต่างๆ และสามารถระบุแนวโน้มของผลกระทบได้ในระยะยาว
- 5) ควรศึกษาแนวทางการใช้แอปพลิเคชันหรือเครื่องมือดิจิทัลในการเก็บข้อมูลและติดตามพัฒนาการเด็กในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา นาคเพชร, จุไร อภัยจิรรัตน์, และสมพิศ ไยสุน. (2548). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล (2nd ed.). วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ช่อทิพย์ โกมลวาทิน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567 จาก <https://ir.stou.ac.th/handle/123456789/10926>
- นพร อิงอาภรณ์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่ตำบล รอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. วารสารราชพฤกษ์, 9(3), 13–17. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2568 จาก <https://mis.nrru.ac.th/gradjournal/uploadify/uploads/Test/1%2003-11-14%2010-29-07.pdf>
- บุญชอบ เกษโกวิท. (2560). ภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กอายุ 3–5 ปี ในเขตศูนย์อนามัยที่ 4. วารสารโภชนาการ, 52(2), 1-15 จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JNAT/article/view/116094>
- เปรมยุดา นาครัตน์, สุวณีย์ จอกทอง, และถาวร พุ่มเอี่ยม. (2564). ผลการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 11. วารสารศาสตร์ สุขภาพและการศึกษา, 1(1), 40–49.
- วัลลภ ไทยเหนือ. (2562). สถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการในประเทศไทย. ใน ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังด้านโภชนาการในระดับประชาคมอาเซียน (หน้าไม่ระบุ). กรุงเทพมหานคร: โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น.
- สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. (2567). รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2567. สืบค้นเมื่อ 31 กันยายน 2567, จาก <https://nich.anamai.moph.go.th/>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). สุขภาพคนไทย 2561. สืบค้นเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2567, จาก http://thaihealthreport/file_book/din-main-61.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2566). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 (MICS7). สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน 2567, จาก <https://unicef.org/thailand>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). สุขภาพคนไทย 2561. สืบค้นเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2567, จาก http://www.thaihealthreport.com/file_book/din-main-61.pdf
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., & Lu, C. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. The Lancet, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. The Lancet, 369(9555), 60–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
- James, S. R., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). Nursing care of children: Principles & practice (4th ed.). Elsevier Saunders. ISBN 9781455703661. Available at <https://www.uk.elsevierhealth.com/nursing-care-of-children-9781455703661.html>
- World Health Organization. (2024). Global nutrition targets 2025: Stunting policy brief. from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.3>

ความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจ ความคาดหวัง แรงจูงใจกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

นายยงยุทธ ยั่งยืน

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจ ความคาดหวัง แรงจูงใจ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะของปัจจัยดังกล่าว และศึกษาความสัมพันธ์กัน การวิจัยเป็นแบบสหสัมพันธ์ ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 267 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์ Spearman ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่มีพฤติกรรมการดื่ม ร้อยละ 61.80 เคยดื่ม โดยเพศหญิงดื่มมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เริ่มดื่มหลังอายุ 15 ปี เหตุผลหลักคืออยากรู้รสชาติ เครื่องดื่มที่นิยมคือเบียร์ ดื่มในช่วงกลางคืน มักได้รับจากพ่อแม่ ญาติ หรือเพื่อน และดื่มร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนรุ่นเดียวกัน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจมีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง แรงจูงใจ และพฤติกรรมการดื่มอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < 0.01$) และสัมพันธ์กับเพศที่ระดับ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่มีระดับความตื่นตัวเร้าใจสูง โดยเฉพาะด้านการไม่ยับยั้งชั่งใจและความไวต่อความเบื่อหน่าย มีแนวโน้มที่จะมีแรงจูงใจส่งเสริมและแรงจูงใจทางสังคมสูงขึ้น รวมทั้งมีความคาดหวังผลลัพธ์เชิงบวกจากการดื่ม ในขณะที่การแสวงหาการผจญภัยพบความสัมพันธ์เชิงลบกับเพศ นอกจากนี้แรงจูงใจเพื่อการเผชิญปัญหาและแรงจูงใจคลายความเครียดตามมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังผลลัพธ์เชิงบวกและพฤติกรรมการดื่ม

ผลลัพธ์ชี้ให้เห็นว่าการลดการดื่มของนักดื่มหน้าใหม่จำเป็นต้องวางแผนทั้งเชิงนโยบายและปฏิบัติการ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เสริมสร้างครอบครัวที่เข้มแข็ง พัฒนาคุณภาพชีวิต และกำหนดมาตรการป้องกันที่สอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน

คำสำคัญ : การแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจ, ความคาดหวัง, แรงจูงใจ

The Relationship between Sensation Seeking, Alcohol Expectation, Motivation on Alcohol Consumption among High School Students in Fang District, Chiang Mai Province

Yongyuth Yungyeun

Abstract

This study examined the associations among sensation seeking, alcohol-related outcome expectancies, drinking motivations, and alcohol consumption behaviors among secondary school students in Fang District, Chiang Mai Province. The research aimed to describe these psychosocial determinants and to analyze their interrelationships. A correlational design was employed using self-administered questionnaires collected from 267 participants. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation at a significance level of 0.05.

The results indicated that 61.80 percent of students who exhibited drinking behavior had previously consumed alcohol, with female students reporting higher drinking rates than males. Most students began drinking after age 15, mainly due to curiosity about taste. Beer was the most commonly consumed beverage, typically consumed at night. Alcohol was often obtained from parents, relatives, or friends and was usually consumed with family members or peers of the same age. Correlation analysis revealed that thrill seeking was significantly associated with expectations, motivation, and drinking behavior at the $p < 0.01$ level, and significantly associated with gender at the $p < 0.05$ level. Students with high levels of thrill seeking—particularly in impulsivity and boredom sensitivity—tended to exhibit stronger promotion and social motivations, along with more positive outcome expectations related to drinking. Conversely, adventure seeking was negatively associated with gender. While coping and conformity motivation were negatively associated with positive expectations and drinking behavior.

These findings underscore the need for comprehensive, multi-level strategies to mitigate early alcohol use among adolescents. Effective interventions should incorporate policy-level measures, community engagement, and family-strengthening approaches. Enhancing overall quality of life and developing contextually relevant prevention frameworks are also essential to addressing the evolving social landscape that shapes youth drinking behaviors.

Key words: Sensation seeking, Alcohol Expectancies (AE), Drinking Motives

Senior Public Health Technical Officer, Mae Ai District Public Health Office, Chiang Mai Province 50280

Received: 24 November 2025

Revised: 27 December 2025

Accepted: 28 December 2025

Journal of Health Promotion and Environmental Health Research

บทนำ

ประเทศไทยสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงปี 2550-2567 พบว่า จำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2550-2558 แต่กลับลดลง ในปี 2560 จำนวน 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.40) และเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2567 จำนวน 20.90 ล้านคน (ร้อยละ 35.20) เมื่อเปรียบเทียบตามเขตการปกครองและภาค พบว่าอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร ของนอกเขตเทศบาล สูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 35.50 และ 34.90 ตามลำดับ) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตรา การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ สูงสุด (ร้อยละ 43.40) รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 42.1) ภาคตะวันออก (ร้อยละ 35.60) กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 32.9) ภาคกลาง (ร้อยละ 31.70) ภาคใต้ (ร้อยละ 23.20) และภาคใต้ชายแดนมีอัตราการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่ำสุด (ร้อยละ 4.50) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติ เมื่อ เปรียบเทียบระหว่าง ปี 2564 กับ ปี 2567 พบว่า ความชุกของนักดื่มหนักเพิ่มขึ้นทุกกลุ่ม ในภาพรวมดื่มเพิ่มขึ้น 7.2% แยกเป็นผู้ชายเพิ่มขึ้น 9.3% ผู้หญิงเพิ่มขึ้น 5.9% อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจากอายุ 20.4 ปี ลดลง เป็น อายุ 19.9 ปี และพบว่าในกลุ่มเด็กและเยาวชน ช่วงอายุ 15-19 ปี มีความชุกเพิ่มขึ้นจาก 9.0% เพิ่มขึ้น 9.6% ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี มีความชุกเพิ่มขึ้นจาก 31.6% เพิ่มขึ้น 37.8% (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2568)

ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมานั้นก่อให้เกิดปัญหารอบด้านทั้งสุขภาพตนเอง ครอบครัว สังคม การศึกษา เศรษฐกิจ รวมไปถึงการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า เทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ส่วนของต้นทุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของประเทศไทย พ.ศ. 2564 เท่ากับ 16.5 หมื่นล้านบาท ซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนทางตรง 6.1 หมื่นล้าน บาท และต้นทุนทางอ้อม 15.9 หมื่นล้านบาท (ประมาณร้อยละ 95) (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2568) ผลกระทบด้าน ร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บ เกิดบาดแผลจากการที่ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำร้าย หรือผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำ ร้ายคนอื่นคนแต่พลาดมาถูกคนอื่น การที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมบ้านหรือร่วมชุมชนกับผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น ประจำ แม้บางรายไม่ได้รับผลกระทบโดยตรงแต่ยังได้รับผลกระทบทางอ้อม จากความเครียดที่กังวลใจจนทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ปวดแสบท้อง ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร และอื่นๆ ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนอื่นโดยเฉพาะคนในครอบครัว ซึ่งเกิดผล กระทบต่อสุขภาพจิต เริ่มตั้งแต่เกิดความทุกข์ใจที่คนในครอบครัวดื่มเพราะเป็นห่วงสุขภาพ รำคาญ โกรธ โมโห คับ ขัดแย้งใจ กังวล กลัว และกลัวคนในครอบครัวถูกทำร้าย รู้สึกแย่ อาย เหนื่อย เบื่อ เกลียด ซึมเศร้า นอนไม่ หลับ หวาดกลัว ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (สุจิตตา ฤทธิมนตรี และคณะ, 2566)

การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัย ภายใน โดยเฉพาะการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ (sensation seeking) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้วัยรุ่นแสวงหา ประสบการณ์ใหม่และพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งทางกายภาพและสังคม ขณะเดียวกันวัยรุ่นที่มีระดับการแสวงหาความตื่นเต้น สูงมักมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ลดลง ส่งผลให้มีโอกาสเกิดพฤติกรรมการดื่มที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น (Deng, 2020) อีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ความคาดหวังของการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ (Alcohol Expectancies (AE)) ตามแนวคิดทฤษฎีความคาดหวังในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Expectancy Theory) ของ Oei และ Baldwin (1994) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977, 1986) Oei และ Baldwin (1994) (พรพิมล บัวสมบูรณ์, 2550) นอกจากนั้นยังพบว่า แรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มวัยรุ่นและยังเป็นสื่อกลางระหว่างการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจกับการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Darkes, Greenbaum, & Goldman, 2004; Finn, Sharkansky, Brandt, & Turcotte, 2000; Henderson, Goldman, Coover, & Carnevali, 1994 อ้างใน

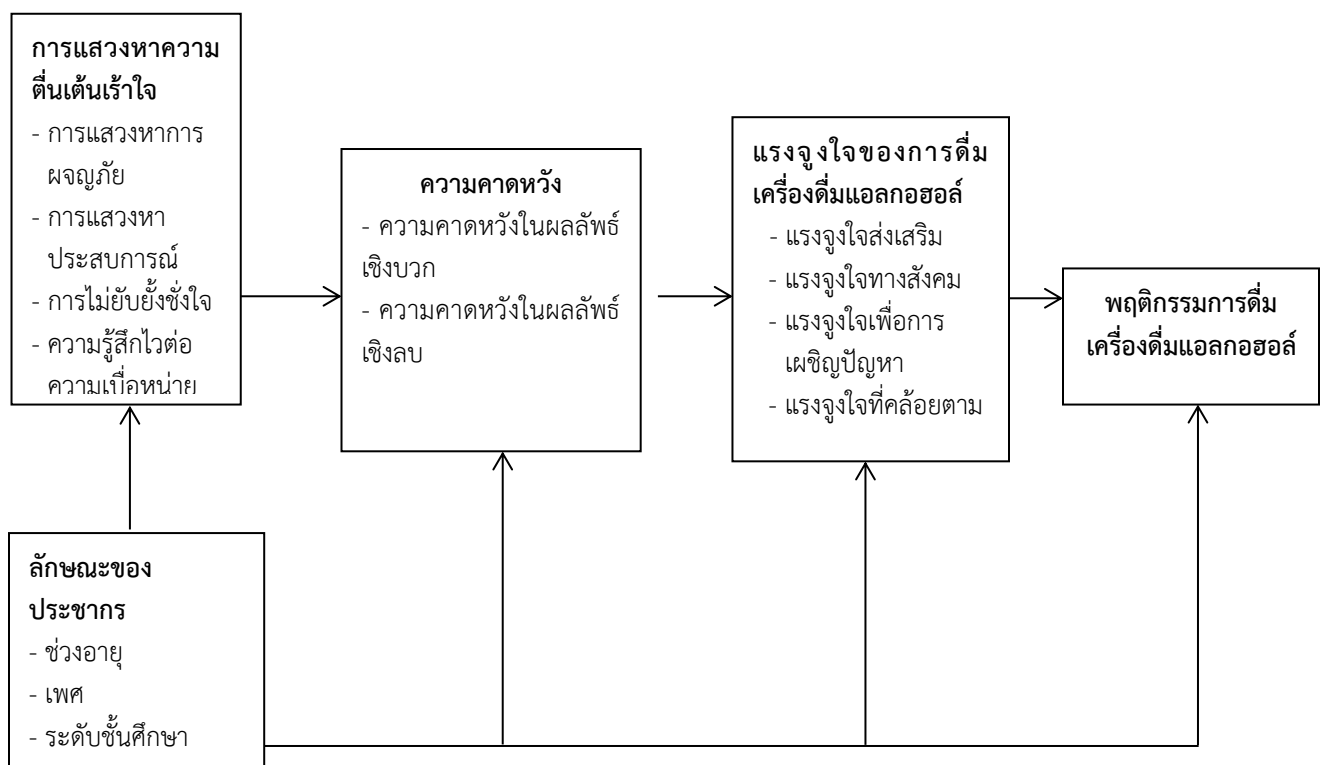
Robert Urban, et al., 2008) โดยการศึกษาของ Cooper (1994) ได้อธิบายถึงสภาพแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลทั้งอิทธิพลภายนอกและอิทธิพลภายใน โดยมีทิศทางของแรงจูงใจในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งสามารถจัดประเภทของสภาพแรงจูงใจในการดื่มได้เป็น 4 ประเภท ซึ่งแบบแรงจูงใจของ Cooper (1994) นี้ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับประชากรวัยรุ่นและกลุ่มวัยรุ่นอื่น อีกทั้งทิศทางของแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเกี่ยวข้องกับรูปแบบและผลจากการการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ยงยุทธ์ ยั่งยืน, 2552)

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของแต่ละกลุ่มวัยเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีการณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ออกกฎระเบียบ มาตรการในการบังคับใช้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียน หรือกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในช่วงมัธยมศึกษาซึ่งเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่ถูกสิ่งเร้า หรือปัจจัยบางอย่างเข้ามากระตุ้นให้เกิดความรู้สึก ความคิด ทั้งภายในและภายนอกทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงได้ทำการศึกษางานวิจัยดังกล่าวขึ้น เมื่อได้ทราบผลจากการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ทั้งทางกาย ใจ สังคม สนับสนุนในการวางแผน สร้างนโยบาย แนวทางในการป้องกัน และมาตรการการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการของรัฐบาล สามารถแก้ไขหรือลดปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในระยะยาวได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่ออธิบายการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจ ความคาดหวัง แรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจกับความคาดหวังกับแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation study) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความ ตื่นเต้นเร้าใจ ความคาดหวังและแรงจูงใจกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอฟาง จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 256

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือ นักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 1 แห่ง อำเภอฟาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในปีการศึกษา 2568 มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 879 คน การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 267 คน ซึ่งได้จากการคำนวณ ของโปรแกรม Epi Info ของ CDC ประกอบไปด้วย ค่า Expected Frequency เท่ากับ 50% ค่า Acceptable Margin Of Error เท่ากับ 5% ค่า Design Effect เท่ากับ 1.0 ค่า Cluster เท่ากับ 1 และค่า Confidence Level เท่ากับ 95% ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยเริ่ม จากการสุ่มคัดเลือกโรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่งในอำเภอฟาง จังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นหาสัดส่วนจำนวนนักเรียนของกลุ่ม ตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 และหาสัดส่วนของแต่ละห้องเรียนของแต่ละระดับชั้นปี ทำการสุ่มเลือก นักเรียนจากแต่ละห้องเรียนของแต่ละระดับชั้นปีตามสัดส่วนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและ งานวิจัยต่างๆ ให้ครอบคลุมเนื้อหาตามแนววัตถุประสงค์ ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ และระดับชั้นการศึกษา
- 2) แบบวัดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น โดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์มาจาก Adolescent Alcohol Involvement Scale (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ, 2545) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อคำถาม
- 3) แบบวัดแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากข้อคำถามแบบ วัดแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Drinking Motives Questionnaire-Revised -DMQR) ของ Cooper (1994) (ยงยุทธ์ ยังยืน, 2552) มีทั้งหมด 20 คำถาม ประกอบด้วย 4 ประเภทโดยแต่ละประเภทจะประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ตลอดเวลา บ่อยครั้ง ปานกลาง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย ตามมาตรวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ต (Likert scale)
- 4) แบบวัดการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการวัด การแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ (Sensation Seeking Scale-Form V) ของ Zuckerman (1979) (ยงยุทธ์ ยังยืน, 2552) ซึ่งมีทั้งหมด 40 คำถาม
- 5) แบบวัดความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ ประยุกต์และแปลมาจาก The Drinking Expectancies Questionnaire (DEQ) ของ Lee, Oei, Greeley, & Banglioni (2003) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ซึ่งสร้างโดยอาศัยแนวคิดของ Bandura (1986) (พรพิมล บัวสมบูรณ์, 2550)
- 6) แบบวัดความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ ประยุกต์และแปลมาจาก The Drinking Expectancies Questionnaire (DEQ) ของ Lee, Oei, Greeley, & Banglioni (2003) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ (พรพิมล บัวสมบูรณ์, 2550)

คุณภาพของเครื่องมือการศึกษาวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้นำมาเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ได้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้มีการศึกษาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) และการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

(Index of Item-Objective Congruence : IOC) จากการศึกษาของ ยงยุทธ์ ยั่งยืน (2552) ในส่วนของแบบวัดการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของวัยรุ่น แบบวัดแรงจูงใจในการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์และแบบวัดการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ ซึ่งในส่วนของแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกและเชิงลบของการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์มาจากการศึกษาของ พรพิมล บัวสมบูรณ์ (2550) นำไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนนำร่องจำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและอาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) แบบวัดการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 แบบวัดแรงจูงใจในการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 และแบบวัดการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 ในส่วนของแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82 และแบบแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) แบบวัดการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 แบบวัดแรงจูงใจในการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.84 และแบบวัดการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.81 ในส่วนของแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ได้ ค่า IOC เท่ากับ 0.83 และแบบแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะประชากร การแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ ความคาดหวัง แรงจูงใจในการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจกับ ความคาดหวัง กับแรงจูงใจกับพฤติกรรมการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติของ Spearman's Rank Correlation

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย CM 63/2568 ลงวันที่ 30 กันยายน 2568 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลโดยชอบด้วยกฎหมาย (informed consent) และขอความยินยอมจากนักเรียนผู้เข้าร่วมการวิจัย (assent) ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลเสียใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ เพื่อคุ้มครองสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง ร้อยละ 55.80 เพศชาย ร้อยละ 44.20 ส่วนใหญ่ร้อยละ 34.10 มีอายุ 17 ปี รองลงมาคืออายุ 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.71 ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 31.50, มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ร้อยละ 33.0 และมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ร้อยละ 35.50)

พฤติกรรมการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 61.80 อัตราความชุกของการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์แยกตามเพศ พบว่า อัตราความชุกของการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของเพศหญิง (57.58%) มีสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย ที่มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 42.42 ส่วนใหญ่เริ่มตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ครั้งแรกหลังอายุ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.18

มีสาเหตุมาจากการที่อยากรู้รสชาติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.15 นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ประเภท เบียร์ ส่วนใหญ่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 หรือ 2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 76.36 ในแต่ละครั้งจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณ 1 หน่วยดื่มมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาดื่มในปริมาณ 3-6 หน่วยดื่มมาตรฐานและดื่มจนกระทั่งเมาในสัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 21.21 ส่วนมากร้อยละ 82.42 ชอบดื่มในเวลาตอนกลางคืน มีถึงร้อยละ 53.34 ได้รับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาจากพ่อแม่หรือญาติพี่น้อง และยังพบว่าดื่มกับเพื่อนที่อายุไล่เลี่ยกันถึงร้อยละ 50.30 รองลงมาจะดื่มร่วมกับพ่อแม่และญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 34.35 ครั้งสุดท้ายที่พบว่าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อระหว่าง 6 เดือนถึง 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.36 กลุ่มตัวอย่างเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังมีความรู้สึกไม่มีปัญหาอะไรเลย คิดเป็นร้อยละ 56.36 อีกทั้งยังรู้สึกว่าสามารถควบคุมการดื่มได้มากน้อยแค่ไหน คิดเป็นร้อยละ 36.36 และส่วนใหญ่ร้อยละ 75.15 ยังรู้สึกว่าไม่มีปัญหาจากผลกระทบเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 61.80 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากผิดปกติร้อยละ 3.37 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับปกติร้อยละ 58.43

การแสวงหาความตื่นตัวในใจภาพรวมของนักเรียนมัธยมศึกษา

การแสวงหาความตื่นตัวในใจ ประกอบด้วยปัจจัยทั้งหมด 4 ด้าน เมื่อพิจารณาภาพรวมแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในด้านการแสวงหาการผจญภัย ด้านการไม่ยับยั้งชั่งใจ และด้านความรู้สึกไวต่อความเบื่อหน่าย ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ค่าเฉลี่ย = 4.86 4.25 และ 4.86 ตามลำดับ รองลงมาคือ ด้านการแสวงหาประสบการณ์ ค่าเฉลี่ย = 3.63

ความคาดหวังในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

ความคาดหวังของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ความเชื่อของบุคคลต่อผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก และความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังต่อไปนี้ การแปรผลระดับของความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีถึงร้อยละ 66.7 ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกระดับต่ำและความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 29.2 และ 4.1 ตามลำดับ

การแปรผลระดับของความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50.9 รองลงมา คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบระดับปานกลางและความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 34.1 และ 15.0 ตามลำดับ

แรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

แรงจูงใจมีทั้งแรงจูงใจทั้งภายนอก (external) และแรงจูงใจภายใน (internal) ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลให้นักเรียนมัธยมศึกษาเกิดความต้องการในการตัดสินใจดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีทิศทางในเชิงบวกและเชิงลบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดได้แก่ ด้านแรงจูงใจน้อยตาม และด้านแรงจูงใจเพื่อการเผชิญปัญหา ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือค่าเฉลี่ย = 23.83 และ 23.08 ตามลำดับ รองลงมาคือ ด้านแรงจูงใจทางสังคมและด้านแรงจูงใจส่งเสริม ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือค่าเฉลี่ย = 9.83 และ 7.57 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของประชากรกับการแสวงหาความตื่นตัวในใจกับความคาดหวังกับแรงจูงใจกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า การแสวงหาความตื่นตัวในใจของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การแสวงหาการผจญภัยมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจทางสังคม ($r = 0.139, p < .05$) ในขณะเดียวกันยังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับเพศ ($r = -0.129, p < .05$) ส่วนการแสวงหาประสบการณ์มี

ความสัมพันธ์กับแรงจูงใจส่งเสริมและแรงจูงใจทางสังคม ($r = 0.132$ และ 0.142 , $p < .05$) สำหรับด้านการไม่ยับยั้งชั่งใจ นั้นพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับด้านแรงจูงใจส่งเสริม ด้านแรงจูงใจทางสังคม ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.272, 0.267, 0.416$ และ 0.235 , $p < .01$) ขณะเดียวกันยังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับด้านแรงจูงใจเพื่อการเผชิญปัญหา ($r = -0.194$, $p < .01$) และด้านแรงจูงใจคลายตาม ($r = -0.137$, $p < .05$) (ดังแสดงในตารางที่ 1) (แผนภาพที่ 2)

ในส่วนของด้านความรู้สึกไวต่อความเปราะบาง พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับด้านแรงจูงใจส่งเสริม ด้านแรงจูงใจทางสังคม ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.371, 0.444, 0.216$ และ 0.728 , $p < .01$) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับด้านแรงจูงใจเพื่อการเผชิญปัญหา ด้านแรงจูงใจคลายตาม และด้านความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ ($r = -0.317, -0.271$ และ -0.420 , $p < .01$) เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการแสวงหาความตื่นตัวรับรู้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับด้านแรงจูงใจส่งเสริม ด้านแรงจูงใจทางสังคม ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.386, 0.435, 0.322$ และ 0.527 , $p < .01$) พร้อมทั้งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับด้านแรงจูงใจเพื่อการเผชิญปัญหา ด้านแรงจูงใจคลายตาม และความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ ($r = -0.298, -0.197$ และ -0.256 , $p < .01$) (ดังแสดงในตารางที่ 1) (แผนภาพที่ 2)

ด้านแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าด้านแรงจูงใจส่งเสริมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.370$ และ 0.543 , $p < .01$) และสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ ($r = -0.320$, $p < .01$) ในทำนองเดียวกัน ด้านแรงจูงใจทางสังคมมีความสัมพันธ์กับลักษณะของประชากร ได้แก่ อายุ ($r = 0.172$, $p < .01$) ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.378$ และ 0.624 , $p < .01$) ระดับชั้นศึกษา ($r = 0.179$, $p < .01$) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ ($r = -0.388$, $p < .01$) ขณะที่ด้านแรงจูงใจเพื่อการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ ($r = 0.256$, $p < .01$) แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวก และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.330$ และ -0.416 , $p < .01$) ส่วนด้านแรงจูงใจคลายตามมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ ($r = 0.174$, $p < .01$) แต่สัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.241$ และ -0.388 , $p < .01$) เมื่อพิจารณาในด้านภาพรวมของด้านแรงจูงใจ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับลักษณะของประชากร ได้แก่ อายุ ($r = 0.175$, $p < .01$) ระดับชั้นศึกษา ($r = 0.193$, $p < .01$) ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม ($r = 0.299$ และ 0.524 , $p < .01$) พร้อมทั้งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบ ($r = -0.336$, $p < .01$) (ดังแสดงในตารางที่ 1) (แผนภาพที่ 2)

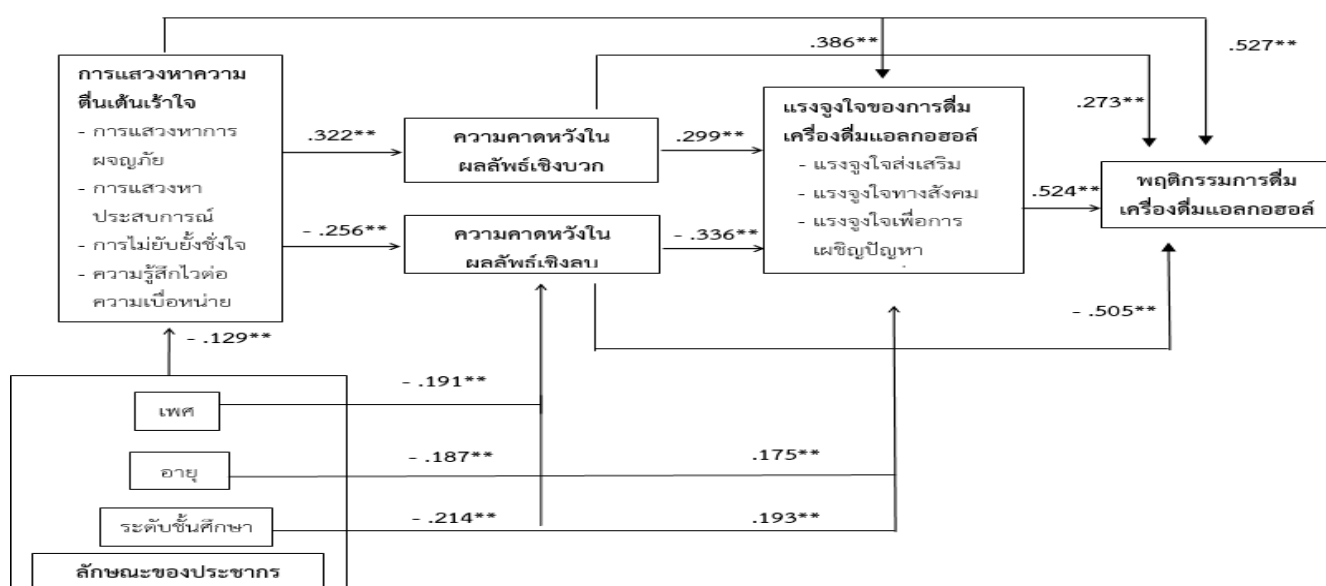
ในด้านของความคาดหวัง พบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = 0.273$, $p < .01$) ขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.505$, $p < .01$) และ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับเพศ ($r = -0.191$, $p < .01$) กับอายุ ($r = -0.187$, $p < .01$) กับระดับชั้นการศึกษา ($r = -0.214$, $p < .01$) โดยภาพรวม ผลการวิเคราะห์สะท้อนให้เห็นว่า ลักษณะของประชากร การแสวงหาความตื่นตัวรับรู้ ความคาดหวัง แรงจูงใจและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์ในหลายมิติอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งตอกย้ำความสำคัญของปัจจัยทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษา (ดังแสดงในตารางที่ 1) (แผนภาพที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจ ความคาดหวัง แรงจูงใจกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา (n = 267)

(n = 267)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)															พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
	เพศ	อายุ	ระดับชั้นศึกษา	ด้านการแสวงหาการผจญภัย	ด้านการแสวงหาประสบการณ์	ด้านการไม่ยับยั้งชั่งใจ	ด้านความรู้สึกลึกซึ้งต่อความเบื่อหน่าย	ด้านการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจ	ด้านแรงจูงใจส่งเสริม	ด้านแรงจูงใจทางสังคม	ด้านแรงจูงใจเพื่อการเผชิญปัญหา	ด้านแรงจูงใจคล้อยตาม	ด้านแรงจูงใจภาพรวม	ด้านความคาดหวังเชิงบวก	ด้านความคาดหวังเชิงลบ	
1. เพศ	1															
2. อายุ	-0.044	1														
3. ชั้นปี	-0.029	0.838**	1													
4. ด้านการแสวงหาการผจญภัย	-0.129*	-0.011	-0.006	1												
5. ด้านการแสวงหาประสบการณ์	0.067	0.001	0.071	0.278**	1											
6. ด้านการไม่ยับยั้งชั่งใจ	-0.094	0.041	0.071	0.387**	0.264**	1										
7. ด้านความรู้สึกลึกซึ้งต่อความเบื่อหน่าย	-0.002	-0.016	-0.009	0.029	-0.008	0.139*	1									
8. ด้านการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจ	-0.080	0.000	0.038	0.663**	0.471**	0.711**	0.592**	1								
9. ด้านแรงจูงใจส่งเสริม	0.061	0.068	0.090	0.109	0.132*	0.272**	0.371**	0.386**	1							
10. ด้านแรงจูงใจทางสังคม	0.082	0.172**	0.179**	0.139*	0.142*	0.267**	0.444**	0.435**	0.788**	1						
11. ด้านแรงจูงใจเพื่อการเผชิญปัญหา	-0.068	-0.003	0.006	-0.057	-0.100	-0.194**	-0.317**	-0.298**	-0.649**	-0.621**	1					
12. ด้านแรงจูงใจคล้อยตาม	0.012	-0.112	-0.117	0.017	-0.025	-0.137*	-0.271**	-0.197**	-0.492**	-0.463**	0.513**	1				
13. ด้านแรงจูงใจภาพรวม	0.056	0.175**	0.193**	0.162**	0.149*	0.233**	0.359**	0.386**	0.759**	0.831**	-0.231**	-0.137*	1			
14. ด้านความคาดหวังเชิงบวก	-0.023	0.048	0.042	0.066	0.044	0.416**	0.216**	0.322**	0.370**	0.378**	-0.330**	-0.241**	0.299**	1		
15. ด้านความคาดหวังเชิงลบ	-0.191**	-0.187**	-0.214**	-0.025	-0.033	-0.035	-0.420**	-0.256**	-0.320**	-0.388**	0.256**	0.174**	-0.336**	-0.070	1	
16. พฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.048	0.088	0.092	0.115	0.001	0.235**	0.728**	0.527**	0.543**	0.624**	-0.416**	-0.388**	0.524**	0.273**	-0.505**	1

หมายเหตุ ** ค่า p-value < 0.01 * ค่า p-value < 0.05

แผนภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของประชากรกับการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจกับความคาดหวังกับแรงจูงใจกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา



หมายเหตุ ** ค่า p-value < 0.01

สรุปผลและอภิปราย

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิง มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศชายและส่วนใหญ่เริ่มดื่มครั้งแรกหลังอายุ 15 ปี อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรุจามา จิระประดิษฐ์ผล และคณะ (2563) ซึ่งรายงานว่ามีโอกาสเป็นนักดื่มหน้าใหม่มากกว่าเพศหญิง 2.01 เท่า (95% CI: 1.358–2.979) ความแตกต่างของผลการศึกษาอาจสะท้อนถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม หรือรูปแบบการดื่มที่เปลี่ยนแปลงไปของเยาวชน โดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีบทบาททางสังคมและการเข้าสังคมเพิ่มขึ้น นักเรียนที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีโอกาสมี พฤติกรรมการเป็นนักดื่มหน้าใหม่เป็น 1.64 เท่า (95%CI: 1.020 -2.653) ของนักเรียนที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ปีที่ 4 นักเรียนที่มีผลการเรียนในระดับปานกลางมี โอกาสมีพฤติกรรมการเป็นนักดื่มหน้าใหม่เป็น 3.06 เท่า (95% CI: 2.021- 4.649) ของนักเรียนที่มีผลการเรียนระดับสูง เมื่อพิจารณาจากสาเหตุของการดื่มจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสาเหตุมาจากการที่อยากรู้รสชาติ รองลงมาคือ พ่อแม่หรือญาติพี่น้องชวนให้ดื่ม และได้รับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาจากพ่อแม่หรือญาติพี่น้อง อีกทั้งพบว่าเป็นการดื่มกับเพื่อนที่อายุใกล้เคียงกันถึงมากที่สุด 50.30 รองลงมาจะดื่มร่วมกับพ่อแม่และญาติพี่น้อง ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiao-Yu Yang และคณะ (2025) พบว่าความสัมพันธ์พ่อแม่ของวัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความน่าจะเป็นของการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้น โดยระดับการดื่มแอลกอฮอล์ของพ่อแม่ที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์กับความน่าจะเป็นในการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนที่มากขึ้น ($t = -4.818, p < 0.000$) โดยที่กลุ่มตัวอย่างนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ประเภทย เบียร์ รองลงมา คือ เหล้าผสม และไวน์ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรวิมล โสณะชัย และเบญญาพัชร วันทอง (2568) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับเพื่อน ร้อยละ 54.62 รองลงมา ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับคนในครอบครัว ร้อยละ 22.34 ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างชอบดื่มแอลกอฮอล์ประเภท เบียร์ ร้อยละ 46.10 รองลงมาคือเหล้า ร้อยละ 44.89 และไวน์ ร้อยละ 8.83 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 หรือ 2 ครั้งต่อปี ซึ่งในแต่ละครั้งจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณ 1 หน่วยดื่มมาตรฐาน ร้อยละ 33.33 รองลงมาดื่มในปริมาณ 3-6 หน่วยดื่มมาตรฐานและดื่มจนกระทั่งเมา มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย (2564) จากการรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี 2564 ที่พบว่า กลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ประมาณหนึ่งในสี่ของนักดื่มปัจจุบันที่อายุ 15-19 ปี ดื่มสุราเป็นประจำทุกสัปดาห์ ส่วนอีกสามในสี่ ดื่มเป็นครั้งคราว โดยที่นักดื่มปัจจุบันมีมากถึงร้อยละ 11.01 ดื่มสุราทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์) สัดส่วน ของผู้ดื่มทุกเดือน (ดื่ม 1-3 วันต่อเดือน) คิดเป็นร้อยละ 22.31 ซึ่งถือว่าเป็นความถี่ที่มีสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ดื่มทุกสัปดาห์ (ดื่ม 1-2 วันต่อสัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 19.16 และผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง (ดื่ม 1-3 วันต่อปี) คิดเป็นร้อยละ 13.52 ตามลำดับ

การแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ

พฤติกรรมแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจเป็นลักษณะตามพัฒนาการของวัยรุ่น โดยเฉพาะช่วงอายุ 13–16 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีระดับความต้องการสิ่งเร้าและอารมณ์รุนแรงหล่นหล่นสูงที่สุด โดยวัยรุ่นมักตอบสนองผ่านการแสวงหาการผจญภัย เช่น การทำกิจกรรมผาดโผนและเสี่ยงภัยต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากแรงผลักดันของสิ่งเร้าที่สร้างความแปลกใหม่และท้าทาย และพบว่านักเรียนมีพฤติกรรมด้านนี้สูงที่สุด (พิมพ์พิสาข์ จอมศรี และคณะ, 2560) ขณะเดียวกันด้านการไม่ยับยั้งชั่งใจปรากฏให้เห็นผ่านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การทดลองประสบการณ์ใหม่ที่อาจผิดกฎหมายหรือเสี่ยงภัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Igra & Irwin (1996) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมนี้เกิดจากความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ที่ไม่แน่นอน ส่วนด้านความไวต่อความเบื่อหน่ายสะท้อนในลักษณะไม่อดทน ต้องการสิ่งปลุกเร้า

ใหม่ตลอดเวลา ขณะที่ด้านการแสวงหาประสบการณ์ปรากฏในความชอบสิ่งแปลกใหม่ ทั้งในรสนิยม กิจกรรม และ สังคม ซึ่งมีผลต่อความภักดีต่อจุดหมายปลายทางเมื่อประสบการณ์สามารถตอบสนองความต้องการความแปลกใหม่ได้ (दारुंग, พักทอง และวงศ์ลัดดา วีระไพบุลย์, 2566) ทำให้เห็นว่าทั้งสี่มิติของการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจล้วนเป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมวัยรุ่นที่สัมพันธ์กับสิ่งเร้า ความท้าทาย ประสบการณ์ใหม่ และความเสี่ยงในลักษณะที่แตกต่างกัน.

แรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดในด้านแรงจูงใจคลายตาม โดยดื่มเพื่อหลีกเลี่ยงการตำหนิ การปฏิเสธทางสังคม ลดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง และเพื่อเข้ากลุ่มเพื่อน แม้ว่าจะมีเพียงส่วนน้อยที่ดื่มเพราะถูกบังคับหรือไม่อยากถูกล้อเลียน ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Melissa R. Schick และคณะ (2021) ที่พบว่าความนับถือตนเองสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับแรงจูงใจเผชิญปัญหา ($r=-.40, p<.001$) และแรงจูงใจคลายตาม ($r=-.22, p=.002$) ขณะเดียวกันแรงจูงใจส่งเสริม แรงจูงใจเผชิญปัญหา และแรงจูงใจทางสังคม มีผลในการทำนายพฤติกรรมการดื่ม แต่แรงจูงใจคลายตามไม่ให้ผลหลัก อย่างไรก็ตามพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจคลายตามกับความนับถือตนเอง ($b=-0.17, p=.04$) โดยแรงจูงใจคลายตามสัมพันธ์เชิงบวกกับการดื่มในกลุ่มที่มีความนับถือตนเองต่ำ ($b=1.53, p=.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างยังมีแรงจูงใจเผชิญปัญหาในเชิงลบ เช่น การดื่มเพื่อลืมปัญหา ลดความวิตกกังวล และสร้างความมั่นใจ สอดคล้องกับ ขวัญธิดา พิมพการ และคณะ (2566) ที่รายงานว่าการคลายเครียดและการลืมปัญหาเป็นแรงจูงใจสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พระธีรสิทธิ์ สิริสุวณโณ (ไชยชนะ) (2568) พบว่ากลุ่มตัวอย่างดื่มด้วยแรงจูงใจทางสังคมเพื่อความสนุกสนาน เข้าสังคม และสร้างบรรยากาศงานสังสรรค์ให้สนุกยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ ขวัญธิดา พิมพการ และคณะ (2566) ที่พบแรงจูงใจด้านสังคมอยู่ในระดับสูง ขณะเดียวกันด้านแรงจูงใจส่งเสริม เช่น ความสนุก ความตื่นเต้น และความรู้สึกมีคุณค่า โดยสอดคล้องกับแนวคิดความต้องการระดับสูงของมาสโลว์ และสนับสนุนโดย Smit และคณะ (2022) ที่ชี้ว่าวัยรุ่นดื่มด้วยแรงจูงใจส่งเสริมและแรงจูงใจทางสังคมมากกว่าคลายตาม โดยแรงจูงใจส่งเสริมสัมพันธ์กับการดื่มหนักในคราวเดียว ($OR=2.35$)

ความคาดหวังในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

ความคาดหวังในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความคาดหวังเชิงบวกในระดับปานกลาง โดยหลายคนเห็นว่าการดื่มไม่ได้จำเป็นต่อการผ่อนคลายหรือการจัดการความเครียด แต่บางส่วนยังเชื่อว่าการดื่มช่วยให้สังสรรค์ได้ง่ายขึ้น แม้ไม่ลดความกังวลหรือความสนใจที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Novabizz (2022 อ้างใน ศิวนาถ จุ่มน้ำใส, 2567) ที่อธิบายว่าความคาดหวังเป็นความเชื่อหรือความคิดล่วงหน้าที่กำหนดการกระทำของบุคคล และหากคาดหวังเชิงบวกสูงมักมีทักษะปฏิเสธลดลง ส่งผลให้เสี่ยงต่อการดื่มหนักมากขึ้น (Young & Oei, 1996 อ้างใน พิมพ์พิสาข์ จอมศรี, 2568) นอกจากนี้ การศึกษาของ Laura Baines และคณะ (2016) ยังพบว่า ความสิ้นหวังสามารถส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดื่มผ่านแรงจูงใจในการรับมือปัญหาและความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการดื่มได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ความคาดหวังต่อผลลัพธ์เชิงลบในกลุ่มตัวอย่างกลับอยู่ในระดับต่ำ โดยแม้บางคนตระหนักว่าการดื่มอาจนำไปสู่การติดแอลกอฮอล์ พฤติกรรมก้าวร้าว หรือการควบคุมตนเองลดลง แต่มีเพียงส่วนน้อยที่เชื่อว่าจะก่ออารมณ์ร้าย ทั้งยังสอดคล้องกับ Young & Oei (1996 อ้างใน พิมพ์พิสาข์ จอมศรี, 2568) ที่ชี้ว่าความคาดหวังต่อผลที่เกิดจากการดื่ม ทั้งด้านอารมณ์ ความกล้าแสดงออก การรู้จักคิด หรือการลดความตึงเครียดล้วนถูกกำหนดโดยลักษณะรายบุคคล ประสบการณ์ที่ผ่านมา และโอกาสที่เชื่อว่าจะเกิดขึ้นจริง นำไปสู่รูปแบบการดื่มที่แตกต่างกันในกลุ่มวัยรุ่น

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของประชากรกับการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจกับความคาดหวังกับแรงจูงใจกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของประชากร (เพศ อายุ และระดับชั้นเรียน) มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจ ความคาดหวัง แรงจูงใจ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 โดยพบทั้งความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบ อธิบายได้ว่าด้านความสัมพันธ์เชิงบวก ในส่วนของอายุและระดับการศึกษาที่อยู่ในช่วงของวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจที่สูง โดยเฉพาะด้านการไม่ยับยั้งชั่งใจและความไวต่อความเบื่อหน่าย ส่งผลต่อแรงจูงใจเชิงสังคมและเชิงส่งเสริมที่สูงขึ้นซึ่งนำไปสู่การดื่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ความรู้สึกแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจมีพื้นฐานจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำนาย (Jeffrey JH., 2001) และแรงจูงใจเชิงบวกสามารถผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการดื่มได้ (บุรินทร์วรวิทย์ พวนอยู่ และคณะ, 2565) อีกทั้งความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงบวกทำให้การดื่มเพิ่มขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจของ Tolman (คิวนาถ จุ่มน้ำใส, 2567) โดยพบในกลุ่มวัยรุ่นที่นิยมความสนุกสนาน การยอมรับทางสังคม และประสบการณ์ใหม่ ๆ รวมถึงปัจจัยต้นเหตุด้านครอบครัว วัฒนธรรม และแรงจูงใจที่เอื้อต่อการดื่ม (ปัญญพร ศรีชนาพันธ์ และคณะ, 2563) เช่นเดียวกับแนวโน้มการใช้สารเสพติดในผู้ที่แสวงหาความตื่นตัวเร้าใจสูง (พิมพ์พิสาข์ จอมศรี และคณะ, 2560)

ในด้านความสัมพันธ์เชิงลบพบว่า การแสวงหาการผจญภัยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับเพศแต่เพิ่มโอกาสการดื่มคล้ายกับงานของ R. Siraj และคณะ (2021) และด้านความไม่ยับยั้งชั่งใจและความเบื่อหน่ายสัมพันธ์เชิงลบกับแรงจูงใจเพื่อเผชิญปัญหาและแรงจูงใจคล้ายตาม ทั้งยังเกี่ยวข้องกับการดื่มเพื่อหลีกเลี่ยงอารมณ์ลบตามแนวคิดของ Cooper (1994) ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนจาก ขวัญธิดา พิมพ์การ และคณะ (2566) และการรับรู้ผลลัพธ์เชิงลบที่สัมพันธ์กับระดับการดื่ม (พิมพ์พิสาข์ จอมศรี และคณะ, 2568) ตลอดจนข้อมูลที่ชี้ว่าการดื่มเพื่อจัดการอารมณ์เชิงลบสัมพันธ์กับการลดความเอาใจใส่และความเสี่ยงต่อภาวะการใช้แอลกอฮอล์ (Isabelle C. Baltariu และคณะ, 2024) สะท้อนว่าปัจจัยด้านบุคลิกภาพ แรงจูงใจ และการรับรู้ผลลัพธ์เป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมการดื่มในนักเรียนมัธยมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ รวมถึงการใช้สารเสพติดได้ในอนาคต

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก การวิจัยดำเนินการในโรงเรียนเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงผลการวิจัยไปยังบริบทของโรงเรียนอื่นหรือประชากรในวงกว้างได้ ประการที่สอง การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ผู้ตอบรายงานด้วยตนเอง ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากอคติทางสังคม (social desirability bias) ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่สะท้อนพฤติกรรมหรือความคิดเห็นที่แท้จริงทั้งหมด และประการสุดท้าย การวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียว ทำให้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตควรใช้การออกแบบการวิจัยแบบตามยาว (longitudinal study) หรือการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อให้สามารถอธิบายทิศทางและความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่มีการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจสูง อยู่ในด้านการผจญภัยและความไวต่อความเบื่อหน่าย ขณะที่มีความคาดหวังผลลัพธ์เชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง และเชิงลบอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านแรงจูงใจมากที่สุดคือแรงจูงใจคล้ายตามและการเผชิญปัญหา ยังพบว่าร้อยละ 61.80 มีพฤติกรรมการดื่ม โดยเพศหญิงดื่มมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เริ่มดื่มหลังอายุ 15 ปี นิยมดื่มเบียร์และดื่มปีละ 1-2 ครั้ง ปริมาณเฉลี่ย 1 หน่วยดื่มมาตรฐาน มักดื่มกับครอบครัวหรือเพื่อน และรู้สึกไม่มีผลกระทบรุนแรง จากผลการวิเคราะห์ พบว่าการแสวงหาความตื่นตัวเร้าใจมีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง แรงจูงใจ และพฤติกรรมการดื่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงจูงใจมีสัมพันธ์กับกลุ่มอายุและระดับการศึกษาในเชิงบวก ในทาง

กลับกันความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุและระดับการศึกษา ด้านการแสวงหาการผจญภัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับเพศ

ข้อเสนอแนะ

ควรบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ สถานศึกษา ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการควบคุมการเข้าถึงแอลกอฮอล์ การส่งเสริมทักษะชีวิตในสถานศึกษา และการเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการดื่ม นอกจากนี้ควรสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะทางจิตสังคมของวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจ (sensation seeking) สูง ซึ่งควรจัดกิจกรรมทางเลือกที่ทำลายแต่สร้างสรรค์ เช่น การปั่นจักรยานเสือภูเขา สเกตบอร์ด เซิร์ฟสเกต เดินป่า หรือกิจกรรมดนตรีและศิลปะ เพื่อเป็นช่องทางในการระบายพลังงานและความต้องการด้านอารมณ์แทนการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขณะเดียวกันผลการศึกษาที่พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นร่วมกับสมาชิกในครอบครัว สะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้และความตระหนักแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับบทบาทแบบอย่างที่เหมาะสม โดยควรเน้นการไม่หยิбыินหรือสนับสนุนให้เยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แม้ในบริบทของครัวเรือน เพื่อป้องกันการทำให้การดื่มกลายเป็นพฤติกรรมที่ถูกรับมองว่าเป็นเรื่องปกติในช่วงวัยเยาว์

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญธิดา พิมพ์การ, กฤษดา ทองทับ, หทัยชนก เผ่าวิริยะ, วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก และภาวิดา ภูมิณ. (2566). แรงจูงใจ ทักษะและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารการพัฒนาศึกษา สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา, 40(108), 1-15. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JEMEPTB/article/view/270004>
- ดาวรุ่ง พักทอง และวงศ์ลัดดา วีระไพบุลย์. (2566). ประสบการณ์การตั้งแคมป์ที่ส่งผลต่อความภาคภูมิใจของจุดหมายปลายทางของนักท่องเที่ยว: บทบาทตัวแปรส่งผ่านของการแสวงหาความแปลกใหม่และความสนุกสนาน. วารสารบริหารธุรกิจและบัญชี มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7(1), 18-35. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/kkbsjournal/article/view/255450>
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และสาวิตรี อัจฉนาครชัย. (2545). เวชศาสตร์โรคติดต่อ: คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรพิมล บัวสมบุรณ์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). <https://doi.org/10.14457/CU.the.2007.1406>
- บุรินทร์พรวิทย์ พ่วนอยู่, อนุชิต บุรณพันธ์ และมัทนา วังถนอมศักดิ์. (2565). แรงจูงใจในการทำงานในยุคดิจิทัลใหม่. วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระภิกษุสงฆ์, 5(4), 1-15. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/tmd/article/view/259705>
- ปัญญพร ศรีชนาพันธ์, ดารารัตน์ ธาตุรักษ์, วันไชย คำเสน, วิริยะ เดชแสง, ณัฐนรี ทองดีพันธ์, วันวิสาข์ ชูจิตร และกิตติ ศรีอาวชันนาการ. (2563). ปัจจัยต้นเหตุ พฤติกรรมเสี่ยง และแรงจูงใจที่ส่งผลให้เกิดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, 9(2), 26-41. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JLPRU/article/view/241086>
- พระธีรสิทธิ์ สิริสุวรรณ (ไชยชนะ), ธนฤกษ์ สมบุญ, เขมณัฐ โพธิ์นาเวศ และอัญชลี แสงเพชร. (2568). ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา ชั้นปีที่ 3 สาขาวิชาการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาจุฬารามราชวิทยาลัย วิทยาเขตล้านนา. พระพุทธศาสนากับปัญญาประดิษฐ์, 2(1), 127-139. <https://firstojs.com/index.php/MBU/article/view/1552>
- พิมพ์พิสาข์ จอมศรี, มัลลิกา มาตระกุล, วิชยา เห็นแก้ว และสุนทรี สุรัตน์. (2568). ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังผลลัพธ์จากการดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชนชาติพันธุ์. วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 1(1), 12-26. <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JNHSE/article/view/4128>
- ภัทรวิมล โสณะชัย และเบญญาพัชร วันทอง. (2568). การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. วารสารสังคมศึกษาปริทรรศน์, 1(3), 54-66. <https://doi.org/10.64186/jsp1583>
- ยงยุทธ์ ยั่งยืน. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจและแรงจูงใจกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:112166>

- รจนาภา จิระประดิษฐ์ผล, มณฑา ลิ้มทองกุล และทิฆัมพร มัจฉาชีพ. (2563). อิทธิพลของครอบครัวต่อการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ในวัยรุ่น. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร, 33(1), 77–88. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/stouj/article/view/210808>
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2568). สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย 2564 VS 2567 [รายงานออนไลน์]. <https://cas.or.th/content?id=934>
- ศิวนาถ จุ่มน้ำใส. (2567). การพัฒนาอย่างยั่งยืนของประเทศไทย: ความคาดหวังและความพึงพอใจของคนไทย Generation Z ต่อนโยบาย Thailand Soft Power (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์). <http://uctalservice.walai.net/catalog/BibItem.aspx?BibID=b03617008>
- สาวิตรี อัมมวงศ์กรชัย. (2564). รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี 2564 (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. <https://cas.or.th/content?id=18>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชาชน พ.ศ. 2567. (รายงาน). https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250401100215_15169.pdf
- สุจิตตา ฤทธิมนตรี, โสภิตา ดาวสดใส, ขวัญสุตา บุญทศ และศรีญาชาญสุข. (2566). ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้เฝ้าติดตามการรับรู้ของเหยื่อ. การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 31(1). <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/262750/179254>
- Baines, L., Jones, A., & Christiansen, P. (2016). Hopelessness and alcohol use: The mediating role of drinking motives and outcome expectancies. Addictive Behaviors Reports, 4, 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2016.11.001>
- Baltariu, I. C., Enea, V., de Jong, P. J., & van het Rot, M. (2024). Associations between alcohol consumption and empathy in a non-clinical sample. Scientific Reports, 14(1), 10842. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59233-x>
- Deng, X., & Zhang, L. (2020). Neural underpinnings of sensation seeking and emotion regulation. International Journal of Psychology, 55(5), 851–860. <https://doi.org/10.1002/ijop.12649>
- Igra, V., & Irwin, C. E., Jr. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. In R. J. DiClemente et al. (Eds.), Handbook of adolescent health risk behavior (pp. 35–51). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0203-0_3
- Jang, C.-Y., et al. (2025). Parent–youth relationships and youth alcohol use. International Journal of Mental Health and Addiction, 23, 1421–1433. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01177-w>
- Novabizz. (2022). ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวัง. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2568 จาก https://www.novabizz.com/NovaAce/Behavior/Expectancy_Theory.htm
- Oei, T. P. S., & Baldwin, A. R. (1994). Expectancy theory. Journal of Studies on Alcohol, 55(5), 525–534. <https://doi.org/10.15288/jsa.1994.55.525>

คำแนะนำสำหรับการเตรียมผลงานเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี เป็นวารสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการวิจัยและบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมสมัยทั้งในและต่างประเทศ โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านต่อหนึ่งบทความ กองบรรณาธิการขอสงวนลิขสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับ และการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง โดยมีข้อเสนอแนะในการส่งบทความ ดังนี้

การเตรียมผลงานลงตีพิมพ์

1. **ชื่อเรื่อง** มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้อักษร ตัวหนา ขนาด 18 นิ้ว
2. **ชื่อผู้วิจัย** ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ต้องใส่คำนำหน้านาย/นางสาว) ใส่เฉพาะยศ (ถ้ามี) ใช้อักษรขนาด 16 นิ้ว
3. **หน่วยงานของผู้เขียน** ระบุชื่อหน่วยงาน จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. **บทคัดย่อ** มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 350 คำ และระบุคำสำคัญ จำนวนไม่เกิน 3 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5. **บทนำ** แสดงถึงความสำคัญและปัญหาของงานวิจัย การทบทวนงานวิจัยหรือเอกสารเกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
6. **วิธีการศึกษา** เรียบเรียงโดยแสดงวิธีการศึกษาตามขั้นตอน อธิบายวิธีการทดลองและแผนการทดลองที่ใช้ แสดงสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และระบุสถานที่ศึกษาหรือสถานที่เก็บข้อมูล (สถานที่ทดลองหรือเก็บตัวอย่าง)
7. **ผลการศึกษา** แสดงผลการศึกษาร่วมอธิบาย โดยแสดงภาพหรือตารางผลการศึกษา และเขียนหมายเลขกำกับภาพหรือตารางให้ชัดเจน
8. **ภาพประกอบ** ควรแนบไฟล์ต้นฉบับพร้อมเขียนคำอธิบายภาพ และควรเขียนหมายเลขกำกับภาพเพื่อความถูกต้อง และง่ายต่อการเรียงข้อมูล
9. **กิตติกรรมประกาศ** (มีหรือไม่มีก็ได้) เรียบเรียงย่อหน้าเดียวแบบกระชับ ระบุแหล่งทุนวิจัย บุคคลและหน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์หรือมีส่วนร่วมในงานวิจัย
10. **เอกสารอ้างอิง** เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามตัวอักษรของนามสกุลผู้แต่งคนแรก ทั้งนี้ ผู้แต่งต้องตรวจสอบจำนวนเอกสารอ้างอิงให้ตรงกับเนื้อหา ใช้รูปแบบการอ้างอิงของ APA7th (American Psychological Association 7th edition)
11. **เนื้อหาบทความทั้งหมด** ใช้รูปแบบตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว มาตรฐานกระดาษขนาด A 4 มีความยาวไม่เกิน 12-18 หน้า

Template
บทความวิจัย

ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาไทย) (ขนาด 18) *
ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 18)

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย (ชื่อผู้แต่ง - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) **

ชื่อผู้ร่วมบทความภาษาไทย (ชื่อผู้ร่วมบทความ - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) ***

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

.....

คำสำคัญ : คำที่ 1, คำที่ 2,(ไม่เกิน 5 คำ)....

Abstract (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

.....

Keywords: *Word 1, Word 2,*(ไม่เกิน 5 คำ)....

รูปแบบการพิมพ์บทความ

- ขนาดกระดาษ A4

- แบบอักษร TH SarabunPSK

- ความยาวไม่เกิน 18 หน้า (รวมภาพประกอบ)

บทนำ

(ขนาด 16).....

.....

** ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาอังกฤษ

*** ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาอังกฤษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

(ขนาด 16).....

วิธีการศึกษา

(ขนาด 16).....

ผลการศึกษา

(ขนาด 16).....

อภิปรายผล

(ขนาด 16).....

ข้อเสนอแนะ

(ขนาด 16).....

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

(ขนาด 16).....

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(ขนาด 16).....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16)

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

(รูปแบบการอ้างอิงที่นำมาใช้เป็นมาตรฐานในวารสาร ให้ใช้รูปแบบ APA7th (American Psychological Association 7th edition) โดยประกอบด้วยการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงท้ายบทความ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ให้อ้างอิงชื่อสกุลผู้แต่ง หรือชื่อเรื่องในกรณีที่ไม่มีปรากฏชื่อผู้แต่งโดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น และต่อด้วยปี ค.ศ. ที่พิมพ์ ทั้งเอกสารที่เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ โดยมีรูปแบบดังนี้	
รูปแบบ	(นามสกุลผู้เขียน, \ปีพิมพ์:\เลขหน้าที่ปรากฏ)
ตัวอย่าง (ผู้แต่ง 1 คน)	โสเกรตีสยว่าการอ่านสามารถจุดประกายได้จากสิ่งที่นักอ่านรู้อยู่แล้วเท่านั้นและความรู้ที่ได้รับมาไม่ได้มาจากตัวหนังสือ (Manguel, 2003: 127)
ตัวอย่าง (ผู้แต่ง 2 คน)	สมชาย ใจดี และสมพร แสนสุข อธิบายว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนเป็นสำคัญ (Jaidee & Saensuk, 2018: 45)
ตัวอย่าง (มากกว่า 3 คน)	บุญเลิศ สุขสวัสดิ์ และคณะ อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม (Suksawat et al., 2019: 56)
2. การอ้างอิงท้ายบทความ การเขียนรายการอ้างอิงท้ายบทความเป็นการระบุข้อมูลบรรณานุกรมของเอกสารที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา (ยกเว้นการสื่อสารส่วนบุคคล เช่น การสื่อสารผ่านอีเมล ข้อความส่วนตัว หรือการสัมภาษณ์ เนื่องจากไม่อาจสืบค้นย้อนหลังได้ และเป็นการปกป้องผู้ให้ข้อมูลการวิจัยตามข้อกำหนดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์) โดยรูปแบบของรายการอ้างอิงจำแนกตามประเภทของทรัพยากรสารสนเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้	
- การระบุผู้แต่ง ให้ใช้นามสกุล ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นสำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ส่วนเอกสารภาษาไทยที่เขียนโดยคนไทยให้ระบุนามสกุล และตามด้วยชื่อเต็ม - เอกสารที่มีเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้วงเล็บชื่อเรื่องภาษาไทยต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาอังกฤษเสมอ - ใช้เครื่องหมาย & แทนคำว่า and ในการอ้างอิงเสมอทั้งในการอ้างอิงเอกสารภาษาไทยและเอกสารภาษาต่างประเทศ หรือใช้ และ ในการอ้างอิงเอกสารภาษาไทย (เหมือนกันทั้งฉบับ) - ทุกรายการที่ยาวเกิน 1 บรรทัด เมื่อขึ้นบรรทัดต่อไปให้เยื้องเข้าไปอีก 8 อักขระ โดยเริ่มที่ตำแหน่งที่ 9 (1.27 ซม. หรือ 0.5 นิ้ว)	
รูปแบบ	ผู้แต่ง. (ปี).\ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ\(\ชื่อเรื่องภาษาไทย).\ชื่อวารสาร/สำนักพิมพ์,\ปีที่(ฉบับ),\หน้า.
ตัวอย่าง (กรณีใช้ &)	สมชาย ใจดี & สมพร แสนสุข. (2564). Community-based health literacy development model (รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน). วารสารสาธารณสุขชุมชน, 17(2), 45–60.
ตัวอย่าง (กรณีใช้ และ)	สมชาย ใจดี & สมพร แสนสุข. (2564). Community-based health literacy development model (รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน). วารสารสาธารณสุขชุมชน, 17(2), 45–60.

ตัวอย่าง (ภาษาอังกฤษ)	Jaidee, S. & Saensuk, S. (2021). Community participation and sustainable health promotion in rural areas. Journal of Health Science Research, 15(3), 123–135.
3. หนังสือ	
รูปแบบ (ภาษาไทย)	ชื่อ\สกุลผู้เขียน.\(ปีพิมพ์).\ชื่อหนังสือ\(\ครั้งที่พิมพ์).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.\URL หรือ DOI (ถ้ามี)
สมาลี วีระวงศ์. (2552). วัฒนธรรมและบทบาทสตรีไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.	
รูปแบบ (ภาษาอังกฤษ)	นามสกุลผู้เขียน,ชื่อผู้เขียน.\(ปีพิมพ์).\ชื่อหนังสือ\(\ครั้งที่พิมพ์).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.\URL หรือ DOI (ถ้ามี)
Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2001). Managing Innovation (2 nd ed.). Chichester: John Wiley and Sons.	
4. บทความหรือบทในหนังสือ	
รูปแบบ (ภาษาไทย)	ชื่อ\สกุลผู้เขียน.\(ปีที่พิมพ์).\ชื่อบทความ.\ใน\ชื่อบรรณาธิการ\(\บ.ก.),\ชื่อหนังสือครั้งที่พิมพ์.\(จำนวนหน้า).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.
แสนสุข, สมพร และ ใจดี, สมชาย. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ. ใน บุญเลิศ สุขสวัสดิ์ (บ.ก.), การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 1) (น. 101–125). ขอนแก่น: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.	
รูปแบบ (ภาษาอังกฤษ)	นามสกุลผู้เขียน,ชื่อผู้เขียน.\(ปีที่พิมพ์).\ชื่อบทความ.\In\ชื่อบรรณาธิการ\(\Ed หรือ Eds.),\ชื่อหนังสือครั้งที่พิมพ์.\(pp/เลขหน้า).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.
Shani, A., J., & Olin, T. (2003). Knowledge Management and Product Development: A Study of Two Companies. European Journal of Innovation Management, 6(3): 137-149	
5. วิทยานิพนธ์	
รูปแบบ (ภาษาไทย)	ชื่อ\สกุลผู้เขียน.\(การศึกษา).\ชื่อวิทยานิพนธ์.\ระดับปริญญา,\มหาวิทยาลัย,\เมือง,\ประเทศ.
เปรมทิพย์ คงพันธ์. (2559). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.	
รูปแบบ (ภาษาอังกฤษ)	นามสกุลผู้เขียน,ชื่อผู้เขียน.\(การศึกษา).\ชื่อวิทยานิพนธ์.\ระดับปริญญา,\มหาวิทยาลัย,\เมือง,\ประเทศ.
Creswell, John W. (2013). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Doctoral dissertation, University of Nebraska–Lincoln, Lincoln, United States of America.	
6. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ หนังสือออนไลน์ (online / e-Book)	
รูปแบบ (ภาษาไทย)	ชื่อ\สกุลผู้เขียน.\(ปีที่พิมพ์).\ชื่อเรื่อง.\[ประเภทของสื่อที่เข้าถึง].\สืบค้นเมื่อเดือน\วัน\ปี\จาก\แหล่งข้อมูลหรือ URL
กรมควบคุมมลพิษ. (2560). คู่มือระบบบำบัดน้ำเสียชุมชน. [สื่อออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2567 จาก https://www.pcd.go.th/publication/4241/	
รูปแบบ (ภาษาอังกฤษ)	นามสกุลผู้เขียน,ชื่อผู้เขียน.\(ปีที่พิมพ์).\ชื่อเรื่อง.\[ประเภทของสื่อที่เข้าถึง].\สืบค้นเมื่อเดือน\วัน\ปี\จาก\แหล่งข้อมูลหรือ URL

DeHuff, E. W. (2009). Taytay's Traditional Pueblo Indian Tales. [Online]. Retrieved January 8, 2010 from https://digital.library.upenn.edu/women/dehuff/taytay/taytay.html	
7. บทความจากวารสารออนไลน์ (online / e-journal)	
รูปแบบ (ภาษาไทย)	ชื่อ\สกุลผู้เขียน.\(ปี).\ชื่อบทความ.\ชื่วารสาร,\(ปีที่(ฉบับที่)):\หน้าที่ปรากฏบทความ.\สืบค้นเมื่อ\เดือน\วัน\ปี\จาก\แหล่งข้อมูลหรือ URL
ทัศนีย์ สดใส, บุญนาค แพงชาติ, และไกรวิชญ์ เรืองฤทธิ์. (2566). การศึกษาประสิทธิภาพระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3): 45-56. สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2567 จาก https://so03.tci-thaijo.org/	
รูปแบบ (ภาษาอังกฤษ)	นามสกุลผู้เขียน,\(ปีที่พิมพ์).\ชื่อบทความ.\ชื่วารสาร,\(ปีที่(ฉบับที่)):\หน้าที่ปรากฏบทความ.\สืบค้นเมื่อ\เดือน\วัน\ปี\จาก\แหล่งข้อมูลหรือ URL
Kenneth, I. A. (2000). A Buddhist Response to The Nature of Human Rights. Journal of Buddhist Ethics, 8(3): 13-15. Retrieved March 2, 2009 from https://cac.psu.edu/jbe/twocon.html	
8. ฐานข้อมูล	
รูปแบบ (ภาษาไทย)	ชื่อ\สกุลผู้เขียน.\(ปีที่พิมพ์).\ชื่อเรื่อง.\[ประเภทของสื่อที่เข้าถึง].\สืบค้นเมื่อ\เดือน\วัน\ปี\จาก\แหล่งข้อมูลหรือ URL
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). นโยบายการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับเขต. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567 จาก https://www.moph.go.th/	
รูปแบบ (ภาษาอังกฤษ)	นามสกุลผู้เขียน,\(ปีที่พิมพ์).\ชื่อเรื่อง.\สืบค้นเมื่อ\เดือน\วัน\ปี\จาก\แหล่งข้อมูลหรือ URL
Beckenbach, F., & Daskalakis, M. (2009). Invention and Innovation as Creative Problem Solving Activities: A Contribution to Evolutionary Microeconomics. Retrieved September 12, 2009 from https://wiwi.uniaugsburg.de/vwl/hanusch/emaee/papers/Beckenbach_neupdf	
9. การสัมภาษณ์	
รูปแบบ (ภาษาไทย)	ชื่อ\สกุลผู้ถูกสัมภาษณ์,\ตำแหน่งหน้าที่.\สัมภาษณ์,\เดือน\วัน\ปีที่สัมภาษณ์.
นพพร ศรีสุข., นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ. สัมภาษณ์, 15 พฤษภาคม 2567.	
รูปแบบ (ภาษาอังกฤษ)	นามสกุลผู้ถูกสัมภาษณ์,\ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์,\ตำแหน่งหน้าที่.\สัมภาษณ์,\เดือน\วัน\ปีที่สัมภาษณ์.
Boonmak, Ubon., ThaiPBS citizen journalist in Ubon Ratchathani. Interview, December 26, 2001.	

* ตารางและภาพประกอบ ตารางและภาพประกอบควรจัดให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหา

ตาราง : ให้ระบุตารางที่ตามลำดับที่ปรากฏในเนื้อหา

หมายเหตุ :

1. หลังเครื่องหมายดังนี้ ให้เว้น 1 ตัวอักษร

- . เครื่องหมายมหัพภาค
- , เครื่องหมายจุลภาค
- : เครื่องหมายทวิภาค

2. การใช้ตัวเอียงในการเขียนเอกสารอ้างอิง

ในวารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 8 *ไม่ต้องใช้ตัวเอียงทั้งฉบับ*

รายละเอียดเพิ่มเติม

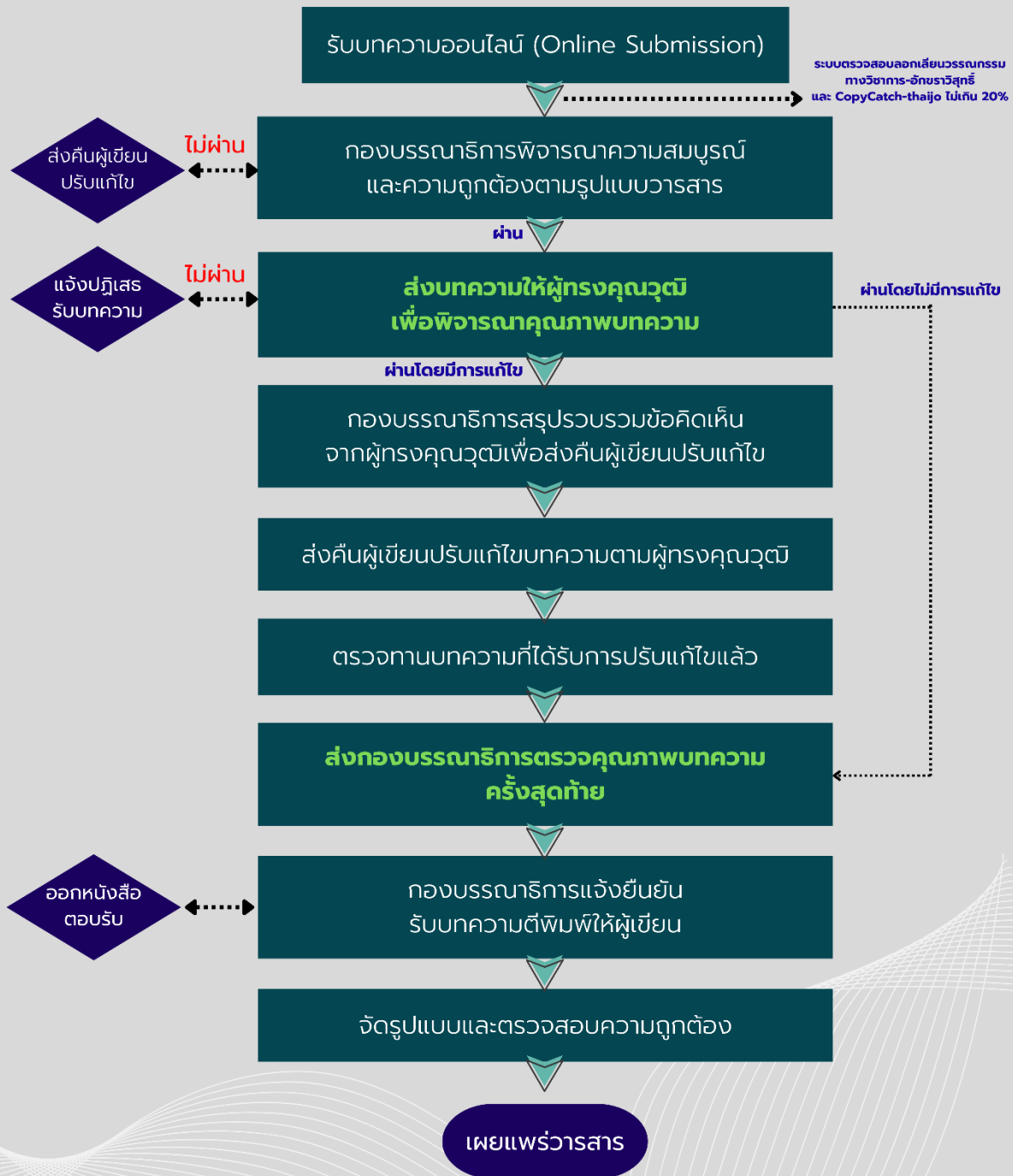
ติดต่อที่คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี โทร. 088-251-3366
คุณหนึ่งฤทัย อุดรศักดิ์



วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุบลราชธานี
Journal of Health Promotion and Environmental Health Research
Health Promotion Centre 8 Udon Thani

ขั้นตอนการดำเนินงานวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
(Journal of Health Promotion and Environmental Health Research)





Facebook



Website

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย

เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว

อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี 41000

โทรศัพท์ : 0-4212-9587

โทรสาร : 0-4212-9588

อีเมล : hpc08@anamai.mail.go.th

Facebook : <https://www.facebook.com/hpc8.anamai>